



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL OOAD
AGUASCALIENTES
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 “DR. JOSÉ LUIS ÁVILA PARDO”

“Asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes”

TESIS PRESENTADA POR

KARINA ORTIZ SERNA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA GEORGINA LIZETH VILLAGRANA GUTIERREZ

AGUASCALIENTES, AGS 04 DE FEBRERO 2026



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 02/02/2026

NOMBRE: ORTIZ SERNA KARINA **ID** 205758

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR **LGAC (del posgrado):** ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: Tesis Trabajo práctico

SEDE HOSPITALARIA: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO: ASOCIACION ENTRE LOS MECANISMOS DE ESTIGMA EN PACIENTES CON VIH/SIDA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN POBLACION ADSCRITA A LA CLINICA DE VIH DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 2, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

CONTRIBUCION AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, AL GENERAR EVIDENCIA SOBRE COMO EL ESTIGMA INFLUYE EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
- SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU de la SECIHTI actualizado
- NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI X
No _____

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 136 fracción II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado que a la letra señala: autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Ciencias de la Salud.



AGUASCALIENTES, AGS. A 24 DE SEPTIEMBRE DEL 2025

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. KARINA ORTIZ SERNA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado: "**Asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes**"

Número de Registro: R-2025-101-094 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**

El **DRA. KARINA ORTIZ SERNA** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jannett Padilla López'.

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS**

AGUASCALIENTES, AGS, A 24 DE SEPTIEMBRE DEL 2025

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. KARINA ORTIZ SERNA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"Asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes"

Número de Registro: R-2025-101-094 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: TESIS.

La Dra. Karina Ortiz Serna asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez', written over a thin horizontal line.

DRA. GEORGINA LIZETH VILLAGRANA GUTIÉRREZ

DIRECTOR DE TESIS

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H. GRAL ZONA MUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONSODÉICA CONSODÉICA 01 CEI 001 2018002

Fecha Viernes, 20 de junio de 2025

Maestro (a) Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título **Asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes**, que sometió a evaluación por este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los aspectos éticos, por lo que se emite el dictamen de:

APROBADO

Número de Registro Institucional

R-2025-101-094

De acuerdo con la normativa vigente, deberá presentar anualmente un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo hasta su conclusión. El presente dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de no haber concluido la investigación, deberá solicitar la re aprobación al Comité de Ética en Investigación antes del 20-06-2026.

ATENTAMENTE



Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 1018.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Martes, 17 de junio de 2025

Maestro (a) Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

ATENTAMENTE

Doctor (a) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Confirm co-authorship of submission to SSM - Mental Health

SSM-Mental Health Editorial office

Karina Ortiz Serna

jue, 2 de oct de 2025, 4:12p.m.

This is an automated message.

Journal: SSM - Mental Health

Title: Association Between Stigma Mechanisms in Patients with HIV/AIDS and Adherence to Antiretroviral Therapy in a Population Enrolled in the HIV Clinic in the General Hospital of Zone #2 of the IMSS, Decentralized Administrative Operation Body of Aguascalientes

Corresponding Author: Dr. GEORGINA LIZETH VILLAGRANA GUTIÉRREZ

Co-Authors: Flavio Cuellar Roque, M.D; Carlos Alberto Prado Aguilar, PhD; Jannett Padilla López, PhD; Alicia Alanis Ocádiz, PhD; Carolina Quiñones Villalobos, PhD; Héctor De la Torre Gutiérrez, PhD; Humberto Martínez Bautista, PhD; Karina Ortiz Serna, Family Phisician

Manuscript Number: **SSMMH-D-25-00624**

Dear Karina Ortiz Serna,

The corresponding author Dr. GEORGINA LIZETH VILLAGRANA GUTIÉRREZ has listed you as a contributing author of the following submission via Elsevier's online submission system for SSM - Mental Health.

Submission Title: Association Between Stigma Mechanisms in Patients with HIV/AIDS and Adherence to Antiretroviral Therapy in a Population Enrolled in the HIV Clinic in the General Hospital of Zone #2 of the IMSS, Decentralized Administrative Operation Body of Aguascalientes

Elsevier asks all authors to verify their co-authorship by confirming agreement to publish this article if it is accepted for publication.

Please read the following statement and confirm your agreement by clicking on this link: [Yes, I am affiliated.](#)

I irrevocably authorize and grant my full consent to the corresponding author of the manuscript to: (1) enter into a publishing agreement with Elsevier on my behalf, in the relevant form set out at

<http://www.elsevier.com/copyright>; and (2) unless I am a US government employee, to transfer my copyright or grant a license of rights to Elsevier as part of that publishing agreement, effective on acceptance of the article for publication. I understand that as the author I will have additional rights to reuse my work as set out at <http://www.elsevier.com/copyright> . If the article is a work made for hire, I am authorized to confirm this on behalf of my employer. I agree that the copyright status selected by the corresponding author for the article if it is accepted for publication shall apply and that this agreement is subject to the governing law of the country in which the journal owner is located.

If you did not co-author this submission, please contact the corresponding author directly at otara_lizeth@hotmail.com.

Thank you,
SSM - Mental Health

More information and support

FAQ: What is copyright co-author verification?

https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/28460/supporthub/publishing/

FAQ: How can I reset a forgotten password?

https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/28452/supporthub/publishing/

For further assistance, please visit our customer service site:

<https://service.elsevier.com/app/home/supporthub/publishing/>

Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions, and learn more about Editorial Manager via interactive tutorials. You can also talk 24/7 to our customer support team by phone and 24/7 by live chat and email

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. ([Remove my information/details](#)). Please contact the publication office if you have any questions.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Hospital General de Zona #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes por posibilitarme la oportunidad de formarme como especialista en Medicina Familiar.

A mi Asesor de Tesis la Doctora Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez, por haberme guiado con paciencia y compromiso, por su tiempo, disponibilidad y apoyo, por el conocimiento que me brindó.

A la Doctora Rosa Romero Piña, encargada de la Clínica de VIH del HGZ # 2, IMSS Ags, por la calidez con la que siempre me recibió en su espacio de trabajo, su disponibilidad en ayudar, por el conocimiento que me compartió y por alentarme a dar mi mayor esfuerzo.

A mi jefe de Enseñanza, el Doctor Eumir Ponce de León Alcaraz, por el apoyo con mi formación, por su accesibilidad y comprensión y por la cordialidad con la que siempre nos ha guiado.

A mis compañeros de residencia, que, aunque distantes, sabemos que contamos con el apoyo, en especial a mi compañera y amiga Sofy, por ser un ejemplo de ser humano y de médico a seguir, porque siempre me escuchó e impulsó.

A mi mamá, que, aunque a veces no entiende el contexto y tiene más ocupaciones y cansancio que yo, está para escucharme y apoyarme incondicionalmente, siempre tiene esa palabra de consuelo o de solución para cada situación.

DEDICATORIAS

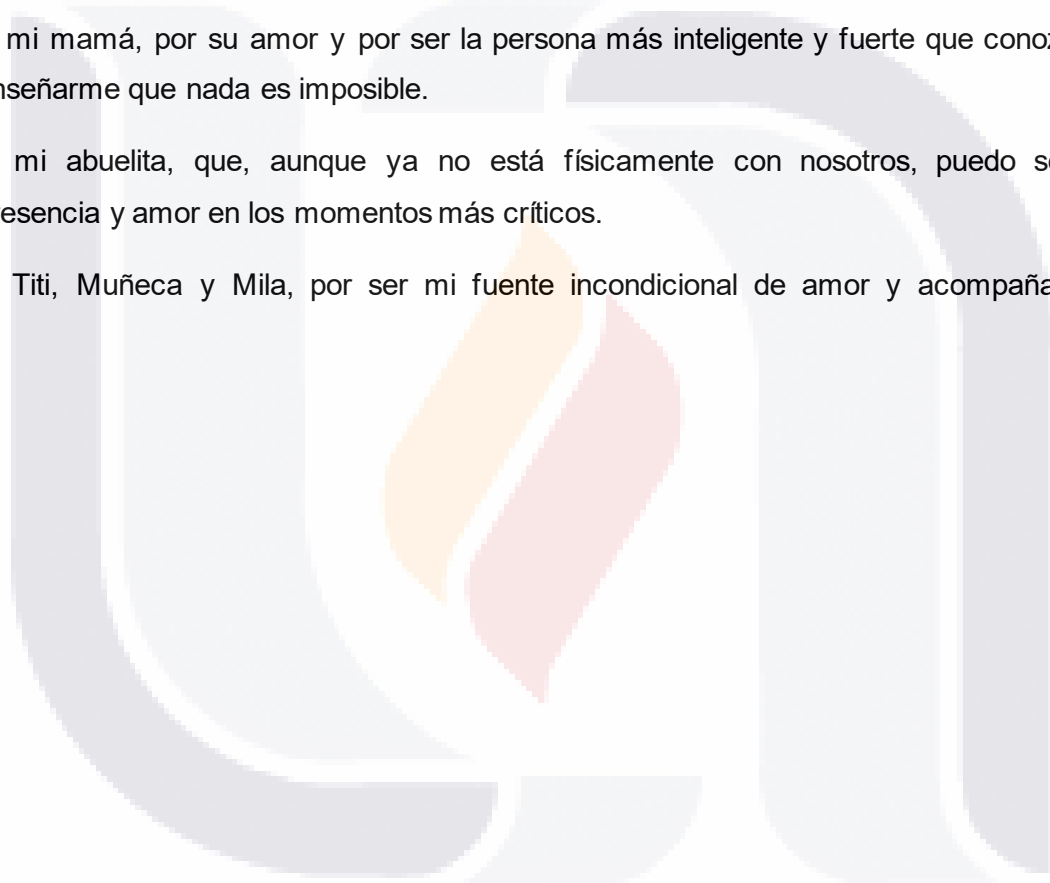
Dedico mi tesis a Dios por ayudarme a encontrar siempre la solución, por poner delante de mí lo que necesito incluso cuando yo no lo sabía, por acompañarme en cada paso y permitirme concluir un propósito más.

A mi papá, por su amor y por enseñarme con su ejemplo a persistir y dar mi mayor esfuerzo, a guiarme por la vida de manera justa y a recordarme que siempre se puede volver a empezar.

A mi mamá, por su amor y por ser la persona más inteligente y fuerte que conozco, por enseñarme que nada es imposible.

A mi abuelita, que, aunque ya no está físicamente con nosotros, puedo sentir su presencia y amor en los momentos más críticos.

A Titi, Muñeca y Mila, por ser mi fuente incondicional de amor y acompañamiento.



INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS	5
INDICE DE GRAFICOS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCION	9
2. MARCO TEORICO	11
2.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN	11
2.2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	13
2.3 TEORIAS Y MODELOS	22
2.4 MARCO CONCEPTUAL DE INVESTIGACIÓN	28
3. JUSTIFICACIÓN	29
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
5. HIPÓTESIS	34
6. OBJETIVOS	35
6.1 Objetivo general	35
6.2 Objetivos específicos del estudio	35
7. MATERIAL Y METODOS	35
7.1 Lugar en donde se implementará el estudio	35
7.2 Diseño del estudio	35
7.3 Universo de estudio	36
7.4 Unidad de análisis	36
7.5 Unidad de observación	36
7.6 Tamaño muestral	36
	1

7.7 Tipo de muestreo	37
7.8 Criterios de selección de la población	37
7.9 Variables	37
Definición operacional de las variables	37
Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas	37
Tabla 2. Variables relacionadas a estigma	45
Tabla 3. Variables relacionadas a adherencia a tratamiento	47
7.10 PLAN DE LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	48
Logística de recolección de datos	48
a) Técnica para recolección de datos	49
7.11 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
7.12 MÉTODOS DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	53
Control del sesgo de información	53
Sesgo de selección	54
7.13 Plan de análisis	54
7.14 ASPECTOS ÉTICOS	55
Alineación con las disposiciones éticas vigentes	55
Riesgo del estudio	55
Consentimiento libre e informado	56
Protección de datos personales	57
Determinación de la población participante	57
Beneficios derivados del estudio	57
7.15 RECURSOS	58
Recursos humanos	58
Recursos materiales	58
Tabla 4. Recursos materiales	58
Recursos financieros	58
Financiamiento	58

Factibilidad	58
Exposición de los resultados del estudio	59
7.15 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	59
Tabla 5. Cronograma de actividades	59
8. RESULTADOS	60
8.1 Características de los participantes	60
Tabla 6. Características generales de los participantes	61
Tabla 7. Características sociodemográficas y distribución de acuerdo al sexo	62
Tabla 8. Características clínicas y distribución de acuerdo a sexo	65
8.2 Características sociodemográficas y clínicas y su distribución de acuerdo a relación a adherencia al tratamiento antirretroviral	66
Tabla 9. Factores sociodemográficos y distribución de acuerdo a la adherencia al tratamiento antirretroviral	68
Tabla 10. Distribución de variables clínicas de acuerdo a la adherencia al tratamiento antirretroviral	70
Tabla 11. Riesgo de consumo de sustancias psicoactiva y asociación con adherencia al tratamiento antirretroviral	72
8.3 Mecanismos de estigma relacionado con el VIH y adherencia al tratamiento antirretroviral	73
Tabla 12. Estigma relacionado con el VIH y adherencia	73
8.4 Asociación de características sociodemográficas, clínicas y de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas con la no adherencia al tratamiento antirretroviral	74
Tabla 13. Modelo de regresión logística multivariada de los factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral	75

Tabla 14. Modelo de regresión logística multivariada de los de factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral	77
Tabla 15. Modelo reducido de predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral	78
Tabla 16. Modelo reducido (stepwise) de predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral	79
Tabla 17. Comparación de modelos de regresión logística para adherencia al tratamiento antirretroviral	79
9. DISCUSIÓN	80
10. LIMITACIONES Y FORTALEZAS	82
11. CONCLUSIÓN	83
12. GLOSARIO	84
13. REFERENCIAS	85
14. ANEXOS	92
A. Carta de consentimiento informado	92
B. Carta de no inconveniente	95
C. Instrumentos de recolección de datos	96
D. Cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)	98
E. Escala de Mecanismos de Estigma relacionados con el VIH	99
F. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)	100
G. Manual operacional	104

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas	37
Tabla 2. Variables relacionadas a estigma	45
Tabla 3. Variables relacionadas a adherencia a tratamiento	47
Tabla 4. Recursos materiales	58
Tabla 5. Cronograma de actividades	59
Tabla 6. Características generales de los participantes	61
Tabla 7. Características sociodemográficas y distribución de acuerdo al sexo	62
Tabla 8. Características clínicas y distribución de acuerdo a sexo	65
Tabla 9. Factores sociodemográficos y distribución de acuerdo a la adherencia al tratamiento antirretroviral	68
Tabla 10. Distribución de variables clínicas de acuerdo a la adherencia al tratamiento antirretroviral	70
Tabla 11. Riesgo de consumo de sustancias psicoactiva y asociación con adherencia al tratamiento antirretroviral	72
Tabla 12. Estigma relacionado con el VIH y adherencia	73
Tabla 13. Modelo de regresión logística multivariada de los factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral	75
Tabla 14. Modelo de regresión logística multivariada de los de factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral	77
Tabla 15. Modelo reducido de predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral	78
Tabla 16. Modelo reducido (stepwise) de predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral	79
Tabla 17. Comparación de modelos de regresión logística para adherencia al tratamiento antirretroviral	79

INDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de elegibilidad de los artículos pertinentes
12

Figura 2. Cuestionario SMAQ (Adherencia al tratamiento) 98

Figura 3. Subescala estigma promulgado relacionado al VIH 99

Figura 4. Subescala estigma internalizado relacionado al VIH 99

Figura 5. Subescala estigma anticipado relacionado al VIH 100

Figura 6. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 1) 101

Figura 7. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 2) 101

Figura 8. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 3) 101

Figura 9. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 4) 102

Figura 10. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco, sustancias (pregunta 5) 103

Figura 11. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 6) 103

Figura 12. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 7) 104

Figura 13. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 8) 104

Figura 14. Manual operacional 104

RESUMEN

TÍTULO: Asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes

ANTECEDENTES: El cumplimiento terapéutico al TAR (Tratamiento Antirretroviral) es clave para evitar la transmisión del virus y la resistencia farmacológica, a pesar de los avances en la cobertura del tratamiento y atención médica, siguen aumentando los casos de VIH y muerte relacionada al VIH. A partir de los esfuerzos por identificar los obstáculos que impiden el acceso al TAR y el cumplimiento del mismo, se han analizado factores sociodemográficos, psicológicos y contextuales, encontrándose la necesidad de entender la implicación de determinantes psicosociales como el estigma vinculado al VIH y las consecuencias negativas que tiene en la relación médico paciente, en el cumplimiento terapéutico, el diagnóstico oportuno y prevención del VIH/SIDA. **OBJETIVO:** Determinar la asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes. **MATERIAL Y METODOS:** Se implementó un estudio analítico transversal en 221 personas que viven con VIH; se estimó la adherencia terapéutica al TAR con el cuestionario SMAQ1 y mecanismos de estigma mediante la Escala de Mecanismos de Estigma Relacionado al VIH. Se realizó análisis descriptivo, estudio multivariado, regresión logística multivariada y bivariada, se estimaron odds ratio, incluyendo intervalos de confianza (95%), valor de $p < 0.05$ fueron estadísticamente significativos. **RESULTADOS:** Se incluyeron 221 pacientes en el estudio, la prevalencia de no adherencia al tratamiento fue 15.3% ($p=0.05$), las mujeres y los pacientes con inmunosupresión moderada presentaron mayor probabilidad de no adherencia. El estigma internalizado fue el más prevalente (OR=1.08; IC 95%: 1.01-1.15; $p=0.01$) y se asoció con mayor probabilidad de no adherencia al tratamiento (OR=1.12; IC 95%: 1.0-1.23; $p= 0.00$). **CONCLUSIÓN:** Los resultados refuerzan la necesidad de intervenciones orientadas a grupos vulnerables y a la atención multidisciplinaria para reducir el estigma, así como la integración de tamizaje y manejo de consumo de sustancias en el seguimiento de los pacientes que viven con condición de VIH.

Palabras clave: HIV, Estigma relacionado al VIH, Adherencia al tratamiento antirretroviral, Estigma internalizado, de sustancias psicoactivas

ABSTRACT

TITLE: Association between stigma mechanisms in patients with HIV/AIDS and adherence to antiretroviral therapy in the population enrolled at the HIV Clinic of the General Hospital of Zone #2, Mexican Social Security Institute, Aguascalientes Administrative Operation Body

BACKGROUND: Adherence to antiretroviral therapy is key to preventing virus transmission and drug resistance. Despite advances in treatment coverage and medical care, cases of HIV and HIV-related deaths continue to increase. In efforts to identify the barriers that hinder access to and compliance with antiretroviral therapy, sociodemographic, psychological, and contextual factors have been analyzed, highlighting the need to understand the role of psychosocial determinants such as HIV-related stigma and its negative consequences for the physician–patient relationship, therapeutic compliance, timely diagnosis, and HIV/AIDS prevention. **OBJECTIVE:** To determine the association between stigma mechanisms in patients with HIV/AIDS and adherence to antiretroviral therapy in the population enrolled at the HIV Clinic of the General Hospital of Zone #2, Mexican Social Security Institute, Aguascalientes Administrative Operation Body.

MATERIAL AND METHODS: An analytical cross-sectional study was conducted in 221 people living with HIV. Adherence to antiretroviral therapy was assessed with the SMAQ1 questionnaire, and stigma mechanisms were measured with the HIV Stigma Mechanisms Scale. Descriptive analysis, multivariate study, bivariate and multivariate logistic regression were performed. Odds ratios were estimated with 95% confidence intervals, considering results statistically significant at $p < 0.05$. **RESULTS:** A total of 221 patients were included. The prevalence of non-adherence to treatment was 15.3% ($p=0.05$). Women and patients with moderate immunosuppression showed a higher likelihood of non-adherence. Internalized stigma was the most prevalent (OR=1.08; 95% CI: 1.01–1.15; $p=0.01$) and was associated with a greater probability of non-adherence to treatment (OR=1.12; 95% CI: 1.0–1.23; $p=0.00$). **CONCLUSIONS:** The results reinforce the need for interventions aimed at vulnerable groups and multidisciplinary care to reduce stigma, as well as the integration of screening and management of substance use in the care of patients living with HIV.

Keywords: HIV, HIV-related stigma, adherence to antiretroviral therapy, internalized stigma, psychoactive substances

1. INTRODUCCION

Los avances alcanzados para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, como objetivos de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el 2025, han sido observados en la disminución del número de nuevos casos de VIH, sin embargo, al analizar las estadísticas en salud a nivel internacional, se observa un avance desproporcionado de estos objetivos entre las poblaciones de personas que viven con la condición de VIH, mientras en algunas regiones la expectativa de años por vivir de personas que viven con VIH/SIDA incrementó, en otros países hay considerables epidemias, México es uno de los países con miles de nuevos casos en los últimos años. (1)

Si bien, los esfuerzos se ven reflejados en una mayor disponibilidad y cobertura de tratamiento antirretroviral, siguen existiendo limitaciones en países de altos ingresos pero sobre todo en países de ingresos medios y bajos, incluido México, ésta desproporción entre las poblaciones, podría atribuirse a varios factores, se han evidenciado determinantes relacionados como el retraso en el inicio del tratamiento, lo cual a su vez está influenciado por circunstancias interdependientes individuales, interpersonales y sociales; la adherencia al tratamiento antirretroviral es otro aspecto descrito y se ha asociado a elementos interpersonales como el estigma relacionado al VIH, la exclusión social, las experiencias de discriminación y condiciones estructurales como la inseguridad alimentaria, precariedad habitacional e incluso con la complejidad del régimen de tratamiento antirretroviral. Las poblaciones vulnerables, dentro de las que se incluyen las personas que padecen algún trastorno de salud mental como depresión, ansiedad, trastorno por consumo de sustancias, personas que tienden a tener comportamientos de riesgo como lo es el uso de drogas intravenosas o tendencia a prácticas sexuales sin protección, personas que se dedican a un trabajo sexual, desempleadas y aquellas con desigualdad económica, son más propensas a experimentar consecuencias psicosociales como la discriminación, el racismo, la homofobia y el estigma relacionado al VIH. Se ha documentado que el estigma puede afectar negativamente la manera en que las personas que viven con VIH/SIDA perciben la condición, se relacionan con los servicios de salud y se adhieren a la terapéutica antirretroviral (2).

Las consecuencias del estigma, se ven reflejadas en la evitación de pruebas de cribado para VIH, con la no divulgación de la condición, la interrupción del tratamiento antirretroviral, tomar en medicamento en secreto y buscar atención médica en lugares diferentes y lejanos al hogar, afectando la adherencia terapéutica. El estigma vinculado con el VIH es la integración de concepciones, comportamientos y actuaciones frente y/o contra las personas que viven con VIH, con la intención de entender el estigma relacionado con el VIH, surge el *marco del estigma*, el cuál explica la desvalorización social del VIH que afecta a las personas que viven con VIH y a las personas de su entorno, como lo son familiares y personal de salud. (3)

En México existe escasa información que explique como el estigma interviene en la adherencia al tratamiento antirretroviral. Los estudios que se han implementado contemplan solo algún mecanismo de estigma con la asociación a la adherencia terapéutica o se ha realizado investigación indagando el estigma de forma más extensa, pero de manera dirigida a una población específica.

El objetivo de este artículo de investigación surge del interés por explorar el vacío que hay en la comprensión de la asociación de tres mecanismos de estigma y la adherencia al tratamiento antirretroviral en la población mexicana. Las diferencias metodológicas, las diversas formas de conceptualizar y medir el estigma, así como la influencia de factores sociales como la raza, la orientación sexual, el uso de sustancias o la pertenencia a poblaciones vulnerables, hacen necesario un análisis dirigido que considere la interacción de varias dimensiones de estigma y su impacto en la adherencia terapéutica, en este contexto, se considera importante generar evidencia desde un enfoque integral que permita entender cómo los distintos mecanismos del estigma se relacionan con el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, a fin de identificar áreas de oportunidad y orientar intervenciones efectivas sensibles a la realidad social y médica. Abordar esta problemática no solo tiene relevancia en términos de salud individual, sino también para el control epidemiológico y los objetivos de salud pública.

2. MARCO TEORICO

2.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática avanzada de información en las bases de datos de PUB MED y BVS, con el objetivo de identificar los estudios que hablaran del estigma social y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH/SIDA.

La estrategia de búsqueda incluyo 3 componentes:

- Infección por VIH: se utilizaron sinónimos en lenguaje libre como HIV Infection; Infection, HIV; Infections, HIV
- Estigma: se utilizaron sinónimos en lenguaje libre como Social Stigmas; Stigmas Social; Stigma Social
- Adherencia al tratamiento: se utilizaron sinónimos en lenguaje libre como Therapeutic Adherence and Compliance; Treatment Adherence; Adherence, Treatment; Therapeutic Adherence; Adherence, Therapeutic.
- Tratamiento antirretroviral: se utilizaron sinónimos como: Antiretroviral Therapies, Combination, Therapy, Combination Antiretroviral.

Búsqueda PUBMED:

```
(((((Social Stigma*[Title/Abstract]) OR (Stigma*,Social[Title/Abstract])) OR (Stigma, Social[Title/Abstract])) AND (((Therapeutic Adherence[Title/Abstract] AND Compliance[Title/Abstract]) OR (Treatment Adherence[Title/Abstract])) OR (Adherence, Treatment[Title/Abstract])) OR (Therapeutic Adherence[Title/Abstract])) OR (Adherence, Therapeutic[Title/Abstract])) AND ((HIV Infection[Title/Abstract]) OR (Infection*, HIV[Title/Abstract]))
```

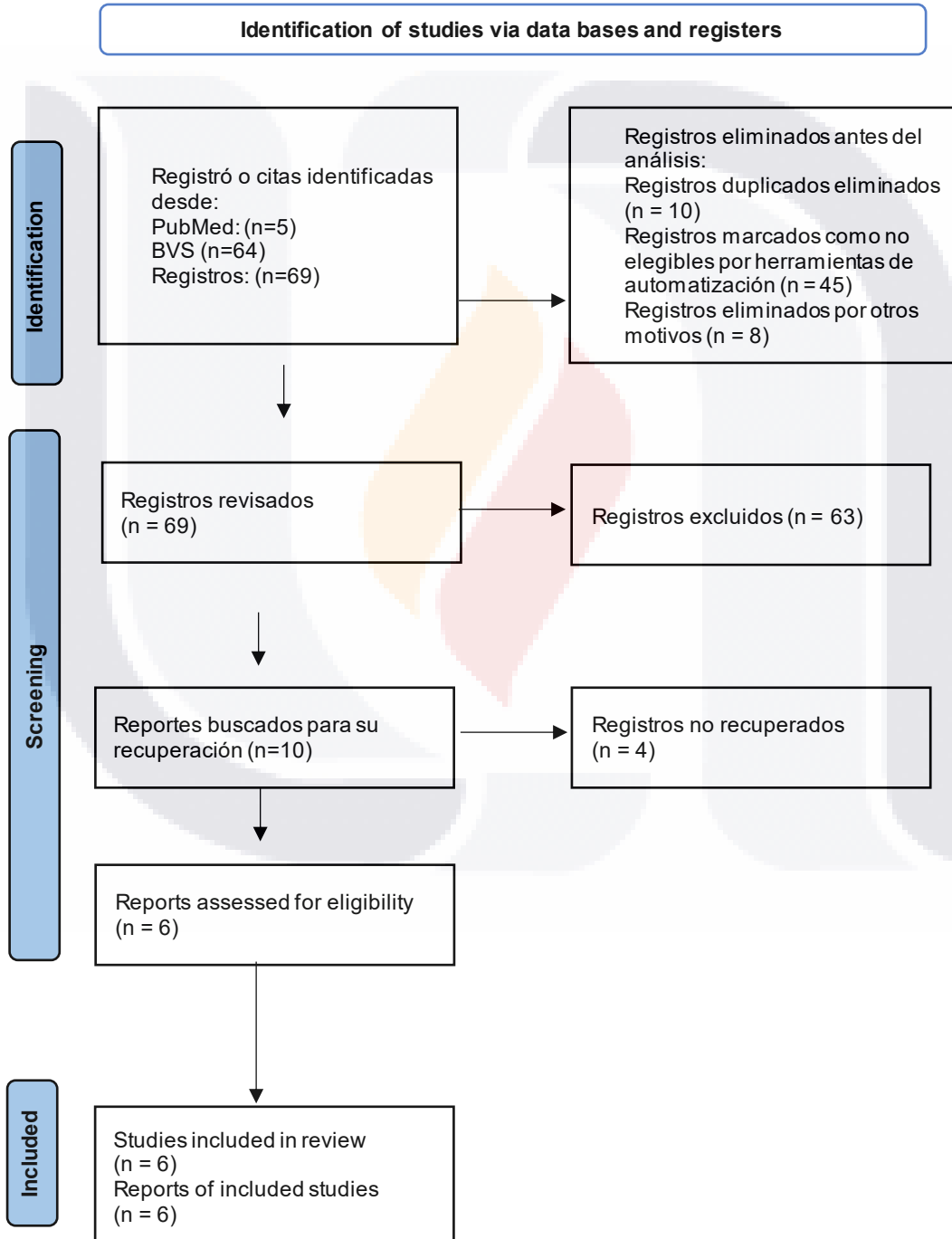
Búsqueda BVS:

```
(Social Stigmas) OR (Stigma Social) AND (Therapeutic Adherence and Compliance) OR (Treatment Adherence) OR (Therapeutic Adherence) AND (Antiretroviral Therapies) OR (Combination Antiretroviral Therapy)
```

Se encontraron un total de 5 artículos en PUB MED y en BVS 64 artículos. Se eliminaron 63 de las publicaciones por no cumplir con los criterios relacionados al protocolo de investigación, duplicados, o no contar con acceso libre.

La figura 1 muestra el diagrama de flujo del proceso de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de los artículos pertinentes, conforme a los criterios establecidos por la declaración PRISMA1.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de elegibilidad de los artículos pertinentes



2.2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Víctor C Matos y colaboradores, 2024. Corresponde a un estudio transversal cuantitativo, realizado en Brasil en 2020, la población de estudio incluyó hombres cisgénero, bisexuales y homosexuales que viven con VIH/SIDA y que se encontraban en tratamiento antirretroviral, la muestra inicial fue de 10,708 personas, de los cuales se excluyó la mayoría por no presentar los criterios de elegibilidad, quedando una muestra de 1719. Los criterios de elegibilidad fueron: edad mayor a 18 años, ser usuario de la aplicación Hornet y residente de Brasil. La encuesta se realizó vía online a través de la página web Alchemer, entre febrero y marzo de 2020. El objetivo del estudio fue estudiar las formas de asociación directas e indirectas del estigma relacionado con el VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral, mediado por consumo de sustancias y analizar la relación entre 4 dimensiones del estigma, así como la relación de estas dimensiones del estigma y la adherencia al tratamiento antirretroviral (4).

Las variables estudiadas fueron adherencia terapéutica al TAR mediante el instrumento WebAd-Q, la información sociodemográfica incluida fue edad, nivel educativo, ingresos mensuales y raza. El estigma se evaluó con la Escala corta de estigma (forma reducida de la escala de 40 ítems de Berger), se evaluaron cuatro dimensiones diferentes de estigma (preocupaciones por las actitudes públicas (percibido), autoimagen negativa (internalizado), preocupaciones sobre la divulgación y estigma anticipado) (4).

Los resultados del estudio fueron los siguientes: La edad media fue 38 años (DE: 9.9, mediana: 37, RIQ:30-44), la mayoría de los participantes tenían entre 30-39 años (n=679, 39.5%), seguido por el grupo de edad 40-49 años (n= 407, 23.7%) solo 38 participantes (2.2%) eran mayores de 60 años. En cuanto a la preferencia sexual, 1583 participantes (92.1%) se identificaron como homosexuales, mientras que la raza mayoritariamente fue blanca (n=1050, 62.4%). El nivel académico fue el siguiente: secundaria o menor (n=519, 26.8%), licenciatura (n=661,38.9%), postgrado (n=517, 30.5%). En nivel de ingresos mensuales se registró de acuerdo a bajo, medio y alto, la mayor proporción de pacientes se identificó con ingresos medios (n=784, 45.6%). En los resultados de la escala de estigma, la primera dimensión, que corresponde a *estigma internalizado*, el ítem con mayor carga factorial fue: “he perdido amistades por decirles que tengo VIH” (CE=0.903, SE=0.010, IC 95% [0.884–0.923]), seguido de: “la gente que me importa dejó de llamarme

después de enterarse de que tengo VIH” (CE=0.853, SE=0.011, IC 95% [0.832–0.875]) y por último: “algunas personas evitan tocarme una vez que saben que tengo VIH” (CE=0.856 SE=0.011, IC 95% [0.834–0.877]). La dimensión de *preocupaciones sobre la divulgación* mostró las siguientes cargas factoriales: “Trabajo duro para mantener mi VIH en secreto” (CE=0.877, SE= 0.011, IC 95% [0.856–0.898]), “Decirle a alguien que tengo VIH es arriesgado” (CE=0.955, SE= 0.009, IC 95% [0.937–0.972]), “Tengo precaución en cuanto a quien le digo que tengo VIH” (CE=0.822, SE=0.015, IC 95% [0.792–0.851]). En cuanto a la dimensión de *preocupaciones sobre las actitudes públicas*, la cual indaga en el estudio la percepción del estigma social generalizado, los ítems fueron los siguientes: “la mayoría de la gente cree que una persona con VIH es sucia” (CE=0.819, SE=0.014, IC 95% [0.792–0.846]), “las personas con VIH son tratadas como excluidas de la sociedad” (CE=0.757, SE=0.016, IC 95% [0.726–0.789]), “la mayoría de las personas se sienten incómodas cerca de alguien con VIH” (CE=0.832, SE=0.014, IC 95% [0.806–0.859]). Finalmente, la dimensión de *Autoimagen negativa*, tiene 3 ítems que tratan de reflejar el impacto emocional del diagnóstico de VIH en la percepción personal, los resultados de cada ítem fueron los siguientes: “me siento culpable porque tengo VIH” (CE=0.689, SE=0.019, IC 95% [0.651–0.726]), “la actitud de la gente sobre el VIH me hace sentir peor conmigo mismo” (CE=0.842, SE=0.017, IC 95% [0.808–0.875]), “siento que no soy tan buena persona como otros porque tengo VIH” (CE=0.680, SE=0.023, IC 95% [0.635–0.724]). De acuerdo a los resultados anteriores, las preocupaciones por la divulgación del estado serológico fue la dimensión con mayor impacto, seguido de estigma personalizado (4).

Para medir la adherencia en el modelo como constructo latente, se utilizaron 3 ítems del cuestionario WebAd-Q, los resultados muestran cargas factoriales significativas, en especial el ítem relacionado a omisión de dosis, los resultados son los siguientes: 1. ¿Ha tomado alguno de sus medicamentos de régimen en horarios distintos a los programados? (CE=0.635, SE=0.030, IC 95% [0.576–0.693]). 2. ¿No ha podido tomar alguno de los medicamentos de su régimen? (CE=0.993, SE=0.018, IC 95% [0.957–1.028]). 3. ¿Ha tomado menos o más pastillas de alguno de los medicamentos de su régimen? (CE=0.794, SE=0.028, IC 95% [0.740–0.848]). Se utilizó una medida adicional de adherencia global: ¿Ha tomado el 100% de los medicamentos de su régimen en los últimos 30 días?, la cual tuvo una carga factorial de 0.781, SE=0.024, IC 95% [0.734–0.829] (4).

En el estudio, se realizó un modelo de análisis estructural para observar las relaciones entre las dimensiones del estigma y la relación de estas dimensiones con la adherencia al tratamiento, los resultados muestran una asociación positiva entre estigma personalizado y autoimagen negativa (CE=0.129, IC 95% [0.066-0.193]), las otras dimensiones de estigma no se relacionaron de manera significativa entre sí: 1. Estigma internalizado y preocupaciones sobre la divulgación (CE=0.013, IC 95% [-0.055-0.081]), 2. Preocupaciones sobre actitudes públicas y autoimagen negativa (CE=0.549, IC 95% [0.494-0.603]), 3. Preocupaciones sobre actitudes públicas y preocupaciones sobre la divulgación (CE=0.522, IC 95% [0.453-0.58]). En cuanto a las asociaciones de adherencia al tratamiento antirretroviral y dimensiones del estigma, solo la autoimagen negativa presentó asociación significativa (aunque débil), con adherencia al tratamiento (CE=-0.172, IC 95% [-0.311- -0.033]). El estigma internalizado y adherencia no presentaron una relación significativa (CE=0.020, IC 95% [-0.066-0.106]), al igual que la dimensión de preocupación por actitudes públicas (CE=-0.009 IC 95% [-0.127-0.109]) y la dimensión de preocupaciones sobre la divulgación (CE=0.011, IC 95% [0.092-0.115]) (4).

Ibrahim Yigit y colaboradores (2024). Desarrollaron un estudio con la intención de determinar la asociación entre estigma relacionado a VIH en entornos de atención médica y la adherencia al TAR mediada por el estigma internalizado; así mismo, determinar el rol como moderador indirecto del estigma racial y del estigma de la orientación sexual en personas con diagnóstico de VIH. Los participantes fueron incorporados a partir un par de clínicas de VIH en la República Dominicana como parte del estudio Finding Respect and Ending Stigma around HIV (FRESH), durante 2021-2022. Los criterios de inclusión fueron tener diagnóstico de VIH/SIDA, edad mínima de 16 años, hablar español, otorgar consentimiento informado. Los datos fueron recolectados por personal de salud mediante encuestas digitales. La muestra del estudio fue de 471 pacientes entre 17-71 años de edad, residentes de República Dominicana (5).

Se hizo uso de una escala estandarizada para medir estigma experimentado en relación al VIH entre personal sanitario, compuesta de 6 ítems; el estigma internalizado en relación a VIH se determinó mediante la subescala de autoimagen negativa de la Escala de Estigma del VIH. El estigma racial se midió por la Escala de Discriminación Múltiple. El estigma de la orientación sexual se evaluó por la Escala de discriminación de Bogart. La adherencia al TAR se estudió mediante un autoinforme de 3 ítems (“En los últimos 30

días, ¿cuántos días omitió al menos una dosis de alguno de sus medicamentos para el VIH?, ¿con qué frecuencia tomó sus medicamentos para el VIH como se suponía que debía hacerlo? Y ¿qué tan bien cumplió con la forma de tomar su medicación para el VIH?” (5). Se dicotomizaron los resultados para determinar adherencia excelente con >90% y falta de adherencia con <90% (5).

Las características sociodemográficas de la muestra fueron: La edad media de la muestra fue 32.84 años (DE= 9.02 años), de acuerdo al sexo, la mayoría (n=441, 93.7%) eran hombres. En cuanto a la preferencia sexual, mayoritariamente se reconocieron como homosexuales (n=341, 73.7%), seguidos de bisexual (n=86, 18.6%) y heterosexual (n=34, 7.3%). Mientras que la raza principal reportada fue mestiza (n=281, 75.3%) y la minoría fue raza negra (n=50, 13.4%) y raza blanca de ascendencia europea (n=42, 11.3%). La mayoría de los participantes eran inmigrantes (n=422, 89.6%) y tenían un nivel educativo mayor que secundaria (n=450, 95.5%). Por otro lado, los resultados de la adherencia reportaron que la mayoría (n=362, 82.1%) presentó cumplimiento de tratamiento menor al deseado (>90%) (5).

En el estudio, se sometió a moderación el estigma internalizado y adherencia al tratamiento con las variables de estigma experimentado en entornos de salud, estigma racial y estigma de orientación sexual. Los resultados respecto a estigma internalizado mediado por las variables, muestran que el estigma experimentado en entornos de salud predijo significativamente el estigma internalizado (B= 0.49, SE 0.13, IC 95% [0.230-0.750]), de igual manera, el estigma racial predijo el estigma internalizado (B=0.98, SE= 0.30, IC 95% [0.387-1.581]), mientras que el estigma de orientación sexual tuvo una mediación más débil aunque significativa ($p < 0.05$) sobre estigma internalizado (B=0.55, SE=0.23, IC 95% [0.090-1.012]). El estigma internalizado se asoció negativamente de manera indirecta y significativa con la adherencia al TAR (B= -0.25, SE=0.11, IC 95% [-0.77- -0.027], $p < 0.5$), el estigma internalizado mediado por estigma racial, no presentó una asociación significativa (B= 0.29, SE= 0.44, IC 95% [-0.568-1.164]) con adherencia al tratamiento. En el modelo de mediación por estigma de orientación sexual, controlado por covariables (edad, tiempo de diagnóstico de VIH y tener un trabajo relacionado a cambiar sexo por dinero), el estigma experimentado en salud predijo el estigma internalizado (B=0.49, $p < 0.001$), mientras que el estigma internalizado no se asoció significativamente a la adherencia al TAR (B=-0.13), en contraparte, el estigma de orientación sexual

presento un efecto negativo directo con la adherencia al tratamiento ($B = -0.202, p < 0.001$) (5).

Valerie A Earnshaw y colaboradores (2013). Desarrollaron una investigación de características cuantitativas transversales, realizado en una clínica de Bronx, Nueva York. El objetivo de la investigación, entre otros puntos, fue estudiar la relación de los mecanismos de estigma con indicadores de peor conducta en salud y bienestar (como el incumplimiento del tratamiento antirretroviral y asistencia a consulta médica), así como determinar si había relación entre cada uno de los mecanismos de estigma propuestos por el marco del estigma del VIH (3). La muestra de participantes fue a partir de una invitación a los pacientes de la clínica de VIH a participar y quienes aceptaron, fueron incluidos siempre y cuando cumplieran los criterios de elegibilidad, los cuáles fueron, tener dos años o más con el diagnóstico de VIH/SIDA, hablar inglés o español, tener 18 años o más. La muestra final del estudio fue de 94 personas, las entrevistas se llevaron a cabo por personal capacitado. Para el estudio de las variables, se utilizaron ítems de estigma de otras escalas, validados y adaptados para conformar el estudio de los mecanismos del estigma, definidos por el Marco del estigma del VIH (estigma internalizado, anticipado y promulgado), el estigma internalizado se midió mediante 6 ítems que incluían: “Me siento avergonzado de tener VIH”, el estigma anticipado se midió con 9 ítems que incluían: “Los trabajadores de la salud me tratarán con menos respeto”, el estigma promulgado se evaluó con 9 ítems que incluían “los miembros de la familia me han evitado”, entre otros. El incumplimiento del tratamiento antirretroviral se evaluó con dos ítems del SHCS (Swiss HIV Cohort Study), el primer ítem mide el incumplimiento en cuanto a la frecuencia de omisión de dosis en las últimas 4 semanas, el otro ítem pregunta si habían olvidado dos dosis seguidas de tratamiento en la últimas cuatro semanas, se clasificaron como adherentes quienes no habían omitido ninguna dosis y no adherente a quien presento alguna omisión u olvido de dosis, también se incluyó un apartado para que indicaran si estaban o no en tratamiento al momento del estudio. En cuanto a las características sociodemográficas se interrogó edad, etnia, raza, orientación sexual, nivel educativo e ingresos anuales, además se preguntó el número de años con diagnóstico de VIH (6).

Dentro de los resultados, el promedio de edad de la muestra fue de 46 años ($DE = 9.45$), en cuanto al género, 50.5% ($n = 48$) se identificó como mujer y 49.5% ($n = 47$) como

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

hombre; respecto a la raza, 46% (n=48.4) eran de raza negra y el resto (49.5%, n=47), multi racial, raza blanca, etc. La mayoría de los participantes presento preferencia sexual heterosexual (n=75, 78.9%). En cuanto al nivel educativo, 58.9% (n=56) tenían grado académico de secundaria o más y 41.1% (n=39) solo escuela primaria o algo de escuela primaria. En promedio, los años de diagnóstico de VIH fue de 6.5 años (DE=15.56). En relación con los mecanismos de estigma, el estigma internalizado (Media=2.15, DE=0.86) y el estigma anticipado (Media=1.93, DE=0.70) prevalecieron respecto a estigma promulgado (Media=1.93, DE=0.46). Respecto al cumplimiento terapéutico, el 48.4% (n=46) de los participantes no presentaban adherencia al tratamiento, el 15.8% (n= 34) si tenían adherencia, y el 15% (n=15) de los participantes no se encontraban bajo tratamiento (6).

Los resultados de la correlación de los mecanismos de estigma entre sí y con las características sociodemográficas muestran que, el estigma anticipado se correlacionó positivamente con el estigma internalizado ($r=0.24$, $p=0.02$) y con el estigma promulgado ($r=0.35$, $p<0.01$), mientras que la relación entre estigma internalizado y estigma promulgado no fue significativa estadísticamente ($r=0.11$, $p=0.31$). Respecto a la orientación sexual, los resultados muestran que el tener preferencia diferente a heterosexual, no se relaciona de manera significativa con ningún mecanismo de estigma: estigma internalizado ($r = -0.06$, $p = 0.59$), estigma anticipado ($r = -0.01$, $p = 0.95$), estigma promulgado ($r = 0.18$, $p = 0.09$). De acuerdo al número de años de diagnóstico, a mayor número de años desde el diagnóstico, menor fue la relación con estigma internalizado ($r=-0.28$, $p=0.01$), al igual que con estigma promulgado ($r=0.14$, $p=0.19$) y finalmente con estigma anticipado presentó una relación negativa débil no significativa ($r=-0.11$, $p=0.30$) (6).

Los resultados de las asociaciones estadísticas derivadas de modelos de regresión, que estudia los tipos de estigma y las variables, muestra que el estigma internalizado no se relaciona con incumplimiento al TAR (OR=1.73, IC 95% [0.97-1.08], $p=0.07$), de igual manera, el estigma anticipado, no se relacionó de manera significativa con el incumplimiento del tratamiento (OR= 0.90, IC 95% [0.44-1.84], $p=0.78$), el estigma promulgado presento un OR=1.38, IC 95% [0.49-3.87], $p=0.54$, por lo que tampoco es significativo estadísticamente (6).

Leonardo Jiménez-Rivagorza y colaboradores (2024). Estudio analítico transversal, realizado en el periodo septiembre-diciembre 2021, la intención del estudio era determinar la asociación de estigma correlacionado con el VIH y la no adherencia al tratamiento en hombres homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres que usan metanfetamina en el Área Metropolitana de la Ciudad de México. Los participantes fueron elegidos por muestreo en bola de nieve, de organizaciones no gubernamentales y de una clínica pública de Ciudad de México. El grupo de estudio principal fue de 184 participantes y la submuestra de 89, los criterios de inclusión considerados: edad mayor a 18 años, no estar en tratamiento por uso de sustancias en el momento del estudio, uso de metanfetaminas cristal en los últimos 3 meses, identificarse como cisgénero, tener diagnóstico de VIH/SIDA. La encuesta fue realizada en línea. Para estudiar la adherencia al tratamiento se utilizaron las directrices nacionales mexicanas (CENSIDA 2021), donde se preguntó, si estaban en TAR actualmente, si tomaban el medicamento de acuerdo a la prescripción médica de los últimos 3 meses, la frecuencia de asistencia a citas médicas de seguimiento por VIH/SIDA, además se interrogó sobre las razones de cumplimiento e incumplimiento del tratamiento. El estigma se estudió mediante la Escala de Mecanismos de Estigma del VIH (HIV-SMS), la cual tiene 3 subescalas (estigma internalizado, anticipado y promulgado). Se registraron datos sociodemográficos como edad, orientación sexual, estado civil, tener seguro médico, fuente de ingresos, nivel educativo. También se registraron características clínicas del VIH/SIDA, incluyendo años de diagnóstico, tiempo en tratamiento antirretroviral, evolución de VIH a SIDA (7).

Las características sociodemográficas fueron analizadas en relación con la adherencia al TAR, los hallazgos muestran que la edad media fue de 34 años (RIC=30-38) y no se identificó una asociación significativa entre la edad y la adherencia al tratamiento (OR=1.00, IC 95% [0.92-1.08]), en el mismo sentido, el estado civil no presentó una asociación estadística significativa con la adherencia (estado civil soltero: OR=1.52, IC 95% [0.36-10.4], en una relación OR=1.00), la mayoría de los participantes eran solteros (mediana=76, RIC=83.53) y tenían adherencia al tratamiento (mediana=60, RIC=82.19), mientras que los que se encontraban en una relación (mediana=15, RIC=16.49) la mayoría también tenía adherencia al tratamiento (mediana=13, RIC=17.81), en contraparte, el nivel educativo se asoció con la adherencia, la mayoría de los participantes tenían licenciatura (Mediana=74, RIC 81.32) y adherencia al tratamiento (mediana 65, RIC 89.05, OR=0.10, IC 95% [0.03-0.32]) en cambio, quienes tenían grado educativo de

secundaria o menos, presentaban menor adherencia (OR 1.00). Por último, contar con seguro de salud, se asoció con mayor adherencia (mediana=60, RIC = 83.34, OR=0.18, IC 95% [0.05-0.57]) (7).

Los resultados de las asociaciones bivariadas y del modelo final de regresión logística multivariada del estigma relacionado al VIH y la falta de adherencia al tratamiento, muestran que el estigma internalizado fue el más prevalente (mediana=11, RIC=6-18), los tres tipos de estigma estudiados se correlacionaron de manera significativa con la falta de adherencia, el estigma con mayor asociación fue el estigma promulgado (OR=1.17, IC 95% [1.06, 1.31]), seguido del estigma anticipado (OR=1.15, IC 95% [1.06-1.27]) y por último, el estigma internalizado (OR=1.08, IC 95% [1.00-1.16]) (7).

Peltzer Karl y colaboradores (2010), realizaron un estudio transversal analítico, entre octubre 2007 y febrero 2008, la muestra se obtuvo de hospitales públicos de Uthukelam en Sudáfrica. Los criterios de inclusión incluidos fueron edad superior a 18 años, no haber estado en tratamiento antirretroviral y estar a punto de comenzar, fueron incluidos en el estudio a partir de la invitación por parte de los médicos en las clínicas públicas, la muestra fue de 519 pacientes. El objetivo del estudio fue evaluar el estigma (que se incluye como factor de un modelo sobre habilidades conductuales y motivación) en la adherencia al TAR a los 6 meses de comenzar el tratamiento. La entrevista fue anónima, se investigó sobre características sociodemográficas, fecha de diagnóstico de VIH/SIDA, medicamentos usados para VIH/SIDA. Se evaluó estigma internalizado mediante la adaptación de ítems a partir de una Escala de Estigma Relacionado con el SIDA, los ítems se centraron en la autculpa, y en la no divulgación del estado serológico. También se estudiaron las experiencias de discriminación por VIH/SIDA, interrogando a los pacientes si habían experimentado 7 eventos relacionados, entre ellos se preguntó si habían recibido un trato diferente desde que revelaron su estado serológico a amigos y familiares, si habían perdido su trabajo o vivienda por ser VIH positivos y si habían recibido discriminación por ser VIH positivos. La adherencia al tratamiento se estudió con dos instrumentos, la AACTG (instrumento de adherencia del Adult AIDS Clinical Trials Group) la cual consta de nueve preguntas que evalúan la adherencia de 1 a 4 días anteriores, dentro de la última semana antes de la entrevista, también evalúa los motivos de la no adherencia. La escala EVA (Escala Visual Análoga) evalúa la adherencia en un periodo de un mes previo (8).

Los descubrimientos del estudio muestran en cuanto a las características sociodemográficas, mayoritariamente fueron mujeres (n=370, 73.4%) y la edad se distribuía mayoritariamente en el grupo de 30-39 años (n=222, 42.9%), seguido del grupo de 18-29 años (n=136, 26.3%), de los participantes el 73.3% (n=379) eran solteros, en cuanto al empleo, 59.6% (n=303) se encontraban desempleados. Se reportó un nivel moderado de percepción de estigma internalizado (media=2.8, DE=1.8), las experiencias de discriminación tuvieron una media=0.87, DE=1.11, lo que indica que experimentaron discriminación con menor frecuencia. Respecto a la adherencia al tratamiento y las variables socioeconómicas, se observa que a mayor nivel educativo hay más adherencia, aquellos con escuela secundaria o superior presentaron adherencia de 61.9%, (n=320, OR=0.89, IC 95% [0.81-1.00]), por otro lado, el estado civil mostro que quienes eran solteros presentaron mayor adherencia (n=409, 79.2%, OR=1.79, IC 95% [1.02-3.00]), de forma similar, quienes se encontraban desempleados presentaron adherencia >95% (n=393, 77.4%, OR=1.00). Finalmente se reportaron los resultados de la asociación entre adherencia y variables conductuales, en las que se incluyeron las puntuaciones más altas de estigma internalizado y de percepción de discriminación por VIH, se observa que a mayor percepción de experiencias de discriminación había menor probabilidad de adherencia al tratamiento (OR= 0.44, IC 95% [0.36-0.54], ORa=0.60, IC 95% [0.46-0.78], p=0.000), mientras que la mayor puntuación de estigma internalizado no se tuvo una asociación significativa con adherencia al tratamiento (OR=1.11, IC 95% [0.97-1.27], p= 1.41) (8).

Sumari-de Boer IM y colaboradores (2011), realizaron un estudio en pacientes indígenas e inmigrantes con infección por VIH en los Países Bajos, el objetivo, entre otros puntos, fue investigar como el estigma explica la no adherencia al tratamiento antirretroviral. El estudio se implementó a cabo entre enero 2008 y junio 2009, se incluyeron pacientes adultos, que habían iniciado tratamiento antirretroviral después de 1997, que llevaban al menos 6 meses de tratamiento, que entendían y hablaban holandés y/o inglés, que adquirieron VIH por vía de transmisión diferente a relación homosexual, inmigrantes, nacidos en África Subsahariana, Surinam o las Antillas Neerlandesas y holandeses indígenas, se realizó la invitación a participar por medio de médicos y enfermeras en la consulta, la muestra del estudio fue de 202 pacientes. Se recopilaron datos sociodemográficos como edad, sexo, origen inmigrante, así como médicos: tratamiento antirretroviral prescrito, tipo de régimen antirretroviral, carga viral plasmática (9).

Para estudiar la adherencia, se investigó el medicamento actual, número de pastillas prescritas al día, número de pastillas olvidadas durante el último mes, mediante autoinforme, se definió la falta de adherencia como una adherencia media inferior al 100%. Las preocupaciones por la revelación del estado serológico y el estigma internalizado se estudiaron por subescalas de Escala de estigma del VIH de Berger (9).

Los hallazgos de las características generales de la población muestran que la mayoría eran inmigrantes (n=112) y 89 (n) eran indígenas, había mayor proporción de sexo femenino entre inmigrantes (67%) respecto a indígenas (18%). Respecto a características clínicas, la adherencia al tratamiento <100% fue más común en el grupo de inmigrantes (n=27, 24%) respecto a los indígenas (n=10, 11%) con una relación significativa ($X^2= 5.5$, $p<0.05$). El estigma internalizado se presentó en mayor medida en los inmigrantes (media=46.5, DE=8.0), en los indígenas se registró una media=37.5, DE=7.9, con una diferencia significativa entre ambos ($p<0.001$), de igual manera, los inmigrantes reportaron más preocupaciones por la divulgación del estado serológico (media=29.1, DE 3.7) en comparación con el grupo de indígenas (media=26.8, DE =4.9), con una diferencia significativa ($p<0.01$) (9).

En el análisis de la asociación con el incumplimiento al tratamiento y las variables estudiadas, se observa que el sexo femenino tuvo mayor probabilidad de incumplimiento (OR=1.8, IC 95% [1.0 - 3.4], $p=0.05$); la preocupación respecto a compartir el estado serológico presentó asociación estadística significativa con la falta de adherencia (OR =1.1, IC 95% [1.01-1.2], $p=0.02$), mientras que el estigma internalizado también se asoció de manera significativa con el incumplimiento al tratamiento (OR=1.04, IC 95% [1.00-1.08], $p= 0.04$) (9).

2.3 TEORIAS Y MODELOS

TEORIA DE LOS MECANISMOS DE ESTIGMA RELACIONADO AL VIH “MARCO DE ESTIGMA DEL VIH”

El estigma relacionado al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se desarrolla y se explica en diferentes contextos sociales, a partir de la integración de teorías del estigma de varios autores quienes han ido perfeccionando e integrando conceptos a lo largo de la historia, los inicios se remontan al trabajo de Goffman, quien describe el mecanismo de estigma como “resultado de las interacciones y relaciones sociales, en las que la etiqueta

se construye como consecuencia del carácter distintivo de quien lo posee”. La teoría actual del estigma enfatiza de las aportaciones de Goffman, la caracterización del estigma como proceso social contingente al contexto social (10). Otra de las aportaciones, es la de Parker y Aggleton, quienes resaltan el rol del ambiente social en el desarrollo de estigma, proponiendo que éste influye en la confluencia del poder, la cultura y la diferencia. (11). La contribución de Link y Phelan, explica el estigma como un proceso social que se presenta cuando el etiquetado, estereotipos, separación, discriminación y pérdida de estatus se manifiestan dentro de una estructura de poder. Finalmente, Deacon conceptualizó el estigma a nivel individual (manera en que el estigma es adoptado o experimentado por los individuos) complementando las conceptualizaciones a nivel social del estigma, para explicar de manera íntegra la teoría del estigma relacionado con la salud (Deacon, 2006).

El marco de estigma del VIH, es un modelo que se construye de la acumulación teórica de varios dominios del estigma para la creación de una propuesta integral que describe como la desvalorización social del VIH afecta tanto a las personas que presentan infección por el virus del VIH/SIDA como a quienes no lo están (10).

De acuerdo al Marco del estigma vinculado al VIH, éste comienza con la hipótesis de que el VIH/SIDA es una “marca” o característica socialmente devaluada. La percepción del VIH/SIDA como un atributo de desvalorización, impacta directamente a las personas dentro de su contexto social a través de sus mecanismos de estigma relacionados, estos mecanismos de estigma se refieren a las formas en que las personas reaccionan al reconocer que tienen o no tienen la característica de devaluación (infección por VIH/SIDA). De acuerdo a la teoría, los mecanismos de estigma se dividen en los percibidos por quienes presentan el atributo devaluado (infectado por VIH/SIDA) y los mecanismos de quienes no lo presentan (no infectados) (10).

Los mecanismos de estigma en las personas que no poseen el atributo devaluado (personas sin infección por VIH/SIDA) son las respuestas psicológicas al saber que hay personas que viven con infección por virus de VIH/SIDA y que representan un peligro a la salud y a la moral (uso de drogas, prácticas sexuales de riesgo, homosexualidad). Estos mecanismos se deben en gran parte a la intención de distanciarse de las personas “marcadas” por el VIH/SIDA, se explican 3 formas de estigma predominantes en este sentido, el prejuicio, los estereotipos y la discriminación dirigida a las personas que viven con VIH/SIDA. El prejuicio hace referencia a sentimientos y emociones negativos, hacia

las personas con VIH/SIDA, como ira, miedo y disgusto. Los estereotipos se explican como convicciones grupales sobre las personas que tiene diagnóstico de VIH/SIDA y con frecuencia se atribuyen a individuos específicos. La discriminación representa expresiones y conductas de prejuicio hacia personas con infección por VIH/SIDA. Estos tres mecanismos en conjunto generan efecto a nivel social, en el desarrollo y permanencia del estigma y a pesar de que hay relación entre ellos, las personas los perciben en diferente grado y responden de manera distinta psicológicamente hablando, modificando la conducta en salud tanto en personas infectadas como en las no infectadas. La discriminación se puede ver reflejada en pérdida de empleo, rechazo social e inclusive violencia física (estigma promulgado) y también puede incrementar la expectativa de experiencias futuras de discriminación (estigma anticipado). Los estereotipos se manifiestan como negación a realizarse pruebas diagnósticas de VIH/SIDA y perpetuar comportamientos de riesgo para adquirir VIH/SIDA. El prejuicio afecta los vínculos sociales porque dificulta el mantenimiento de las relaciones interpersonales incluyendo la relación con la familia (10).

Los mecanismos de estigma en las personas que poseen la cualidad devaluada, se reconocen como el efecto psicológico al saber que pudieron haber violado las normas sociales y por lo tanto estar condicionados al trato negativo. (10). Las personas con infección por VIH/SIDA, reconocen que su condición es una característica muy devaluada en la sociedad y el saberlo se explica por tres mecanismos, el estigma promulgado, estigma internalizado y estigma anticipado. El estigma promulgado hace referencia al nivel de prejuicio y discriminación que las personas con VIH/SIDA creen haber percibido en la sociedad (13).

El estigma anticipado es el prejuicio y discriminación que se espera experimentar en el futuro. Por otro lado, el estigma internalizado se refiere a las creencias y sentimientos nocivos que las personas con infección por VIH/SIDA presentan hacia sí mismas (10).

Las consecuencias perjudiciales de estos mecanismos de estigma se ven reflejados en mayor angustia psicológica, peor estado de salud, ocultar el estado serológico, simultáneamente cada mecanismo de estigma tiene resultados psicológicos y conductuales diferentes, el estigma promulgado se relacionó con uso de narcóticos, el estigma anticipado resultó mediador de depresión, el estigma internalizado modera comportamientos sexuales de riesgo relacionado al VIH/SIDA (10).

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

La infección por VIH/SIDA es causada por un virus que pertenece a la familia Retroviridae, del género Lentivirus. El virus afecta principalmente a los linfocitos T CD4+, provocando inmunosupresión extrema con disminución continua de células y causa las manifestaciones clínicas relacionadas a la infección por VIH/SIDA. El VIH no tratado progresa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (14).

Existen dos variantes del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): el tipo 1 (VIH-1) y el tipo 2 (VIH-2). El VIH-1, responsable de más del 95 % de las infecciones a nivel global, es el agente causante de la actual pandemia de VIH/SIDA. El VIH-2, caracterizado por una menor agresividad en términos de patogenicidad, tiene una prevalencia más significativa en África occidental (15).

El SIDA es una afección inmunológica originada por la infección por el VIH, este síndrome tiene como rasgo distintivo la destrucción de las células CD4, lo que resulta en una vulnerabilidad del cuerpo ante enfermedades potencialmente letales, incluyendo infecciones y cáncer (16).

La clasificación de acuerdo con las etapas clínicas de la infección por el VIH/SIDA son las siguientes: Infección aguda retroviral o retrovirosis aguda: marca la introducción del virus en el organismo y se manifiesta de manera clínica en dos escenarios: puede ser asintomática (mayoría de los pacientes) o sintomática, donde los síntomas abarcan fiebre, linfadenopatías, pérdida de peso; afecciones dermatológicas, como un exantema eritematoso, síntomas gastrointestinales y síntomas neurológicos como meningoencefalitis, neuropatía periférica y síndrome de Guillain-Barré (17).

Fase de portador asintomático: el individuo puede estar asintomático o presentar un síndrome adénico con más de 3 meses de evolución. En esta etapa, el sistema linfóide se convierte en el principal reservorio del VIH (17).

Fase de complejo relacionado con el SIDA: período intermedio entre el portador asintomático y la fase final del SIDA. Se caracteriza por síndrome febril prolongado, trombocitopenia, neuropatía, síndrome de ansiedad y depresión, meningitis aséptica, entre otros (17).

Fase de SIDA o caso SIDA: es el estado final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de enfermedades oportunistas y tumores raros. Inmunosupresión severa con

una disminución significativa en el número de linfocitos CD4+ y una alta replicación viral (17).

FARMACOS ANTIRRETROVIRALES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

La terapia antirretroviral (TAR) ha mejorado de forma constante desde la llegada de la terapia combinada en 1996. La TAR ha disminuido la morbilidad y la mortalidad relacionadas al VIH/SIDA, ha modificado la enfermedad por VIH/SIDA en una enfermedad crónica, con una expectativa de vida similar a la de personas sin infección por VIH/SIDA. La TAR también es muy eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH logrando la reducción adecuada de carga viral (18).

Desde 1990, a consecuencia del fracaso con monoterapia, el tratamiento contra VIH-1 se ha establecido como combinaciones de fármacos dirigidos a diferentes etapas del ciclo de vida del virus, que incluye fármacos dirigidos a la transcriptasa inversa, proteasa, integrasa y entrada viral (18).

En la actualidad, la FDA ha aprobado el uso de más de 30 fármacos para el tratamiento del VIH-1. Los cuales se incluyen dentro de grupos, dependiendo sus características farmacocinéticas (18).

La combinación común de fármacos para gran parte de los pacientes sin tratamiento previo son dos medicamentos que inhiben la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos y un medicamento inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido o un inhibidor de la transferencia de la cadena de la integrasa. Se pueden administrar fármacos alternativos cuando los pacientes presentan reacciones adversas o interacciones medicamentosas (19).

El tratamiento del VIH-2 se basa en las directrices del tratamiento del VIH-1. Sin embargo, las diferencias genéticas del VIH-2 lo vuelven intrínsecamente resistente a ciertas familias de medicamentos del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y reduce la eficacia de otros (19).

Los objetivos principales del TAR, es reducir el contagio del VIH-1. Una reducción de los niveles de ARN del VIH-1 reduce el riesgo de transmisión sexual a casi cero, incluso en comportamientos sexuales de riesgo. Estos medicamentos también reducen el riesgo (>90%) de contraer la infección por VIH en pacientes no infectados que tienen

comportamientos de alto riesgo y solicitan el tratamiento antirretroviral pre exposición o post exposición, siempre y cuando se administren de la manera correcta (19).

El éxito de la terapia antirretroviral se refleja en supresión viral, disminución de la transmisión viral, mejora del estado inmunológico y menor resistencia farmacológica. Sin embargo, para alcanzar los resultados máximos del TAR, se requiere una adherencia estricta al régimen de medicación (20).

No existen criterios estandarizados para definir la adherencia al TAR y tampoco existe una delimitación conceptual universalmente aceptada, GeSIDA (2020) define la adherencia como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de toda la farmacoterapia que tenga prescrita, permitiendo así alcanzar, en la medida de lo posible, los objetivos fármaco-terapéuticos planteados en cada momento, acorde a su situación clínica y expectativas de salud” (21). En este estudio, se consideró la siguiente definición, de la Organización Mundial de la Salud (OMS): el cumplimiento al tratamiento como, comportamiento de una persona respecto a acto de ingerir los medicamentos, considerar la alimentación y los cambios en el estilo de vida, conforme a las directrices de un profesional de la salud (22).

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y ESTIGMA SOCIAL

El cumplimiento terapéutico es consecuencia de un proceso que se presenta a través de varias etapas: asimilación del diagnóstico, comprensión de la importancia de seguir el tratamiento de manera precisa, motivación, tener iniciativa de superar las barreras y mantener los logros adquiridos con el paso del tiempo en el tratamiento (21). Es un proceso dinámico que se modifica con el tiempo y se ha asociado con factores sociodemográficos, psicológicos y contextuales; sin embargo, ningún factor único se ha relacionado consistentemente con la falta de adherencia al TAR (23).

El estigma que se relaciona al VIH resulta de la combinación de creencias, actitudes y acciones contra las personas que viven con VIH/SIDA, representa uno de los factores socioculturales que pueden influir negativamente en las personas con VIH, en especial, en la falta de adherencia al TAR. El estigma conlleva un fenómeno social que produce una serie de respuestas psicológicas que causan percepción de devaluación en las personas (24), el rechazo a las personas genera culpa acerca de su condición y aislamiento para disminuir riesgo de infección (25), en consecuencia, se crea una barrera

para tratamiento y la prevención del VIH/SIDA, ya que quienes lo experimentan, eligen no revelar su diagnóstico a familiares, amigos y compañeros de trabajo (24).

Dentro de los factores económicos, se ha demostrado la práctica de discriminación por tener VIH/SIDA, lo que afecta a las personas estigmatizadas en el aspecto laboral, limitando los permisos e incluso el acceso a un trabajo. Otro de los impactos del aspecto económico se asocia con el factor social, ya que las relaciones sociales debilitadas por el estigma relacionado a VIH, repercuten en la economía de las personas que viven con infección por virus de VIH/SIDA y su familia, dificultando la asequibilidad al tratamiento antirretroviral (26).

El estigma media la discriminación relacionada al género, la clase social y orientación sexual en instituciones de salud, además afecta la relación médico paciente, influyendo de manera negativa en participación del paciente en pláticas de adherencia y exclusión de reuniones clínicas multidisciplinarias (26).

El apoyo familiar para la adherencia al TAR también se ve afectado por factores estructurales y sociales: género, educación, creencias religiosas y culturales, nivel socioeconómico, estigma y funcionamiento del sistema de salud. Los miembros del hogar temen ser discriminados si se conoce el estado serológico del miembro del hogar con VIH/SIDA, lo que puede llevar a la omisión de la dosis de TAR en presencia de visita o frente a otros miembros de la familia. Otra de las barreras en este ámbito es el rechazo a realizarse la prueba de VIH en caso de sospecha y evitar buscar atención médica por miedo a ser culpado y abandonado por la familia.

Relacionado al impacto del estigma a nivel económico, los familiares se ven limitados a pedir ayuda en redes sociales para apoyar la adherencia al TAR, relacionado a miedo de divulgación del estado serológico (27).

2.4 MARCO CONCEPTUAL DE INVESTIGACIÓN

1. Adherencia al tratamiento antirretroviral: Comportamiento de una persona en cuanto al cumplimiento de medicación, la alimentación y las modificaciones en el estilo de vida, conforme a las indicaciones de un personal de la salud (OMS) (22).
2. Estigma relacionado al VIH: Es la combinación de creencias, actitudes y acciones contra las personas que viven con el VIH/SIDA. Implica un fenómeno social que

contribuye a una gama de respuestas psicológicas que hace que las personas se den cuenta de que tienen una característica social devaluada (24).

3. Estigma promulgado: Estigma que denota el grado en que las personas que viven con condición de VIH/SIDA creen haber experimentado prejuicios y exclusión en la comunidad por parte de otras personas (10).
4. Estigma anticipado: Hace alusión al grado de estigma que las personas con VIH/SIDA esperan experimentar en el futuro, en forma de prejuicios y discriminación por parte de las demás personas (10).
5. Estigma internalizado: Corresponde al nivel en que las personas con VIH/SIDA apoyan las creencias y sentimientos negativos sobre sí mismos (10).

3. JUSTIFICACIÓN

Gracias a los avances en la terapéutica y prevención del VIH/SIDA, como parte de las metas de la Asamblea General de Naciones Unidas para el 2025; (95% de personas en riesgo de infección por VIH/SIDA tengan disponibilidad y utilicen opciones de prevención eficientes); en 2023 se observó decremento del número de nuevos casos de VIH/SIDA, más que en cualquier otro momento desde 1980, además, alrededor de 31 millones de personas se encontraban en tratamiento antirretroviral, lo que se reflejó en una disminución del número de muertes relacionadas al SIDA desde el pico alcanzado en 2004 (28). Sin embargo, los logros han sido desproporcionados, el resultado de las iniciativas ha sido relativamente rápido en África subsahariana donde la media de expectativa de vida ha mejorado de 2010 con 56.3 años a 2023 con 61.1 años, mientras que en otros países ya hay considerables epidemias, Asia central, Europa Oriental, América Latina, Norte de África y Oriente Medio son regiones que están experimentando aumento de incidencia de VIH (28).

Conforme a los datos estadísticos informados por la OPS (Organización Panamericana de la Salud), América Latina, en 2023 se reportaron 133.992 nuevos casos de VIH/SIDA y un total de 1.700.000 personas se encontraban en tratamiento antirretroviral (29). En México en 2023, se registró un total de 17.941 casos nuevos de VIH/SIDA, de los cuales 2.553 casos correspondían a mujeres y 15.388 a hombres (29).

De acuerdo al informe histórico de VIH del Gobierno de México, en Aguascalientes, entre 2014 y 2024, hubo un total de 1086 casos notificados de VIH/SIDA (30). En 2024, hubo 55 nuevos casos notificados (incidencia 3.6) (30). El informe de CENSIDA (2024), refiere

que, en Aguascalientes, 803 personas con VIH/SIDA se encontraban bajo régimen antirretroviral (31).

Por otro lado, a nivel mundial, se calcula que alrededor de 1.8 millones de personas (1.6 - 2.0 millones) sufren de estadios avanzados de enfermedad por VIH (SIDA) (28). La evolución a SIDA, solía verse como consecuencia de problemas en el diagnóstico y tratamiento, sin embargo, actualmente es más frecuente en personas que han estado bajo tratamiento antirretroviral y lo han suspendido (28). No existe una cifra exacta a nivel global respecto a las defunciones como consecuencia del VIH/SIDA, la OMS estima un promedio de 40.4 millones de vidas (32.9 - 51.3) hasta el 2023 (32). Tan solo en el 2023, aproximadamente 630 000 personas a nivel mundial perdieron la vida por complicaciones del SIDA (28).

Los avances en la cobertura de tratamiento antirretroviral se reflejan en la progreso crónico de la enfermedad por VIH/SIDA, aproximadamente 30.7 millones (de los 39.9 millones estimados de personas que viven con la condición de VIH/SIDA a nivel mundial), recibían terapia antirretroviral en 2023, lo que representa un alcance histórico en el ámbito de la salud pública, considerando que, para el año 2015, la accesibilidad mundial TAR era del 47% [38 - 55%], para el año 2023, se extendió al 77% [61 - 89%] (28). Sin embargo, a pesar de que se ha avanzado en la disponibilidad y cobertura de tratamiento contra el VIH/SIDA, se necesitan esfuerzos para enfatizar la prevención y abatir las barreras que dificultan que las personas accedan a los servicios de prevención y al de tratamiento del VIH/SIDA (28). En 2023, aun había aproximadamente 9.3 millones de personas sin tratamiento (28). Las personas de poblaciones vulnerables siguen teniendo un menor acceso a terapia antirretroviral y peores resultados de tratamiento que otras personas (28). En 2022, en México, los estados con mayor número de personas en tratamiento antirretroviral fueron: Estado de México, Ciudad de México, Veracruz, Jalisco, Chiapas y Nuevo León, mientras que los estados con menor número de pacientes recibiendo tratamiento fueron: Nayarit, Colima, Durango, Aguascalientes, Baja California Sur y Zacatecas (32).

Los desafíos para afrontar este problema de salud pública incluyen incrementar el porcentaje de acceso a tratamiento antirretroviral, además de erradicar el estigma vinculado al VIH/SIDA, la discriminación, el racismo, la homofobia, lo que en conjunto fomentará acciones para la prevención del VIH/SIDA (28). Los facilitadores sociales son elementos que optimizan la efectividad de los programas del VIH/SIDA, conducen a

incremento en la autorización de las pruebas de VIH/SIDA, inicio y adherencia al tratamiento, dentro de estos facilitadores, se encuentra la intervención sobre el estigma y la discriminación en las poblaciones vulnerables (33). Para que se atiendan los facilitadores sociales, existe la necesidad de políticas para financiación de programas de prevención, la mejora de las limitantes jurídicas y sociales para el alcance a servicios de prevención y tratamiento. También se requiere esfuerzo para reconocer y atender el estigma y discriminación persistentes relacionados con ser portador de VIH/SIDA, los cuales aún se interponen en el camino a la prevención y tratamiento (28).

La finalidad primordial del estudio es identificar el estigma en la población con VIH/SIDA del HGZ No. 2, al mismo tiempo, caracterizar los mecanismos de estigma de las personas y la relación que existe del estigma con la adherencia terapéutica antirretroviral, de esta manera contribuir a esclarecer el vacío de información concerniente al estigma como factor de riesgo en la adherencia al TAR, para reconocer las áreas de oportunidad que algunas veces no son visibles en el abordaje clínico, la información obtenida será clave como pauta de nuevas investigaciones y para el diseño o mejora de intervenciones sensibles al contexto social, cultural y médico del paciente.

La información obtenida se encontrará disponible en formato físico en la UMF No. 8 y de manera digital en el repositorio bibliográfico de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Se difundirá a través de presentación de resultados en formato cartel en congresos de investigación nacionales e internacionales.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral (TAR) es un elemento esencial para alcanzar la supresión viral, evitar el avance de la enfermedad y prevenir la transmisión del VIH/SIDA (22). Sin embargo, factores psicosociales como el estigma vinculado con el VIH, continúan limitando el logro de una adherencia óptima (34). El estigma sigue siendo un obstáculo para el tratamiento y la prevención del VIH/SIDA en contexto de altos ingresos, pero sus repercusiones son aún más visibles en países de ingresos medios y bajos, incluido México, donde continúan los nuevos casos de VIH/SIDA (24). Los resultados idóneos del TAR en México siguen siendo un objetivo fuera del alcance, lo cual puede estar vinculado con los altos índices de ingreso tardío al tratamiento del VIH/SIDA (24). El estigma puede afectar negativamente la forma en que

las personas perciben la enfermedad, se interrelacionan con los servicios de salud y siguen el tratamiento (24).

Diversos estudios internacionales han evidenciado la interrelación del estigma y la adherencia al TAR, aunque los resultados son heterogéneos. En Brasil, Matos et al. (2024) evaluando las dimensiones de estigma internalizado, preocupaciones sobre la divulgación, preocupaciones por las actitudes públicas y autoimagen negativa, encontraron que solo la dimensión de autoimagen negativa se asoció de manera significativa con la falta de adherencia al TAR (CE=-0.172, IC 95% [-0.311- -0.0033]) (4), de manera similar, en un estudio de Sudáfrica (Peltzer et al., 2010), estudiaron la dimensión de estigma internalizado (enfaticando en autoculpa y la no divulgación del estado serológico) y las experiencias de discriminación, resultando prevalente el estigma internalizado (media=2.8, DE=1.8), sin embargo, no presentó asociación significativa con la adherencia (OR= 1.11, IC 95% [0.97-1.27], p= 1.41), mientras que las experiencias de discriminación (como mecanismo de estigma) se asociaron con menor probabilidad de adherencia al TAR (ORa=0.60, IC 95% [0.46-0.78], p=0.000) (8), a diferencias de estos resultados, en un estudio realizado en los Países Bajos (Sumari-de Boer et al., 2011), se identificó una asociación significativa entre el estigma internalizado y el incumplimiento del tratamiento al TAR (OR=1.04, IC 95% [1.00-1.08], p= 0.04), de igual manera, la inquietud por la divulgación del estado serológico (como mecanismo de estigma) presentó una asociación con la no adherencia terapéutica (OR=1.1, IC 95% [1.01-1.2], p=0.02) (9).

Otros estudios, donde se incluyeron varios tipos de estigma, encontraron resultados contradictorios, por su parte, Yigit et al. (2024), en República Dominicana, estudiando el estigma en entornos de atención médica, estigma racial, el estigma internalizado y estigma por orientación sexual, encontró que el estigma de orientación sexual tenía relación directa negativa con adherencia al tratamiento (B= -0.202, p<0.001), de la misma manera, el estigma internalizado presentó una relación negativa indirecta con la adherencia al tratamiento (B= -0.25, SE=0.11, IC 95% [-0.77- -0.027], p <0.5), mientras que al ser mediado el estigma internalizado por estigma de orientación sexual no presentó relación significativa con adherencia al TAR (B=-0.13), al igual que al ser mediado por estigma racial (B= 0.29, SE= 0.44, IC 95% [-0.568-1.164]) (5). Mientras tanto, Earnshaw et al. (2013) en su estudio realizado en una población de Nueva York donde incluyeron tres dimensiones de estigma observaron que a mayor cantidad de años desde el diagnóstico de VIH, menor fue la relación con la presencia de estigma, sobre todo con estigma

internalizado ($r=-0.28$, $p=0.01$); en este estudio, ningún tipo de estigma estudiado se asoció con adherencia al TAR (internalizado (OR=1.73, IC 95% [0.97-1.08], $p=0.07$), anticipado (OR=0.90, IC 95% [0.44-1.84], $p=0.78$), promulgado (OR=1.38, IC 95% [0.49-3.87], $p=0.54$). (10) En contraste con estos resultados, un estudio realizado en México (Jiménez-Rivagorza et al., 2024) evidenció asociación en tres dimensiones de estigma (promulgado, anticipado e internalizado) con la adherencia al tratamiento, siendo el estigma promulgado el que presentó una asociación más significativa (OR=1.17, IC 95% [1.06 -1.31]), seguido del estigma anticipado (OR=1.15, IC 95% [1.06 - 1.27]) y por último estigma internalizado (OR=1.08, IC 95% [1.00 - 1.16]) (7).

También se han encontrado resultados diferentes en cuanto a la relación de los mecanismos de estigma entre sí, Matos et al. (2024) encontraron asociación entre estigma internalizado y autoimagen negativa (CE=0.129, IC 95% [0.066-0.193]) (4), mientras que Yigit et al. (2024) encontró que el estigma experimentado en entornos de salud predijo el estigma internalizado (B=0.49, SE 0.13, IC 95% [0.230-0.750]), al igual que el estigma racial (B=0.49, SE 0.13, IC 95% [0.230-0.750]) (5); Earnshaw et al. (2013), encontró correlación de estigma anticipado con estigma internalizado ($r=0.24$, $p=0.02$) y con estigma promulgado ($r=0.35$, $p<0.01$) (10).

En las características sociales y demográficas de las poblaciones, se observan algunas diferencias drásticas, en un estudio en los Países Bajos, Sumari-de Boer et al., 2011, reportó mayor probabilidad de incumplimiento del tratamiento TAR en los participantes de sexo femenino (OR=1.8, IC 95% [1.0 - 3.4], $p=0.05$) (9), mientras que Yigit et al. (2024) en República Dominicana, encontró que la mayoritariamente las personas encuestadas eran hombres (93.7%), y no presentaban adherencia al TAR adecuada (82% de la muestra), además, en esta población de estudio, casi la totalidad de la muestra tenía un nivel educativo mayor a secundaria (95.5%) (5). de manera similar, Peltzer Karl et al. (2010), reportó que aquellos participantes con nivel educativo secundaria o superior, presentaron adherencia al TAR de 61.9% y quienes eran desempleados presentaron adherencia >95% (77.4%, $n=393$, OR=1.00) (8), en contraparte, Jiménez-Rivagorza et al. (2024), informó que gran parte de la población del estudio tenía grado de licenciatura (mediana=74, RIC = 81.32) y tenían adherencia adecuada al tratamiento (mediana 65, RIC = 89.05, OR=0.10, IC 95% [0.03-0.32]) (7). En cuanto al estado civil, Jiménez-Rivagorza et al. (2024), detectó que no había significativa relación entre estar soltero y la adherencia terapéutica al TAR (OR=1.52, IC 95% [0.36 -10.4], contrario a lo encontrado por Peltzer Karl et al. (2010), que

encontró una asociación significativa entre ser soltero y adherencia al tratamiento (79.2%, n=409, OR=1.79, IC 95% [1.02-3.00]) (8).

Pese al creciente interés por explorar los mecanismos por los cuales el estigma interfiere en el cumplimiento terapéutico, persisten vacíos importantes en la comprensión del fenómeno, especialmente en contextos latinoamericanos. Las diferencias metodológicas, las diversas formas de conceptualizar y medir el estigma, así como la influencia de factores sociales como la raza, la orientación sexual, el uso de sustancias o la pertenencia a poblaciones vulnerables, hacen necesario un análisis más profundo que considere la interacción entre múltiples tipos de estigma y su impacto diferenciado en la adherencia terapéutica.

En este contexto, resulta fundamental generar evidencia desde un enfoque integral que permita entender cómo los distintos mecanismos del estigma se relacionan con el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, a fin de identificar áreas de oportunidad y orientar intervenciones efectivas sensibles a la realidad social y médica. Abordar esta problemática no solo tiene relevancia en términos de salud individual, sino también para el control epidemiológico y los objetivos de salud pública orientados al fin de la epidemia de VIH/SIDA.

De acuerdo a lo anterior, surge la pregunta de investigación siguiente: ¿Cuál es la asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes?

5. HIPÓTESIS

Hipótesis nula

No existe asociación positiva entre los mecanismos de estigma en pacientes que viven con condición de VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes.

Hipótesis alterna

Existe asociación positiva entre los mecanismos de estigma en pacientes que viven con condición de VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Determinar asociación de mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes.

6.2 Objetivos específicos del estudio

1. Describir las características sociodemográficas de población con VIH/SIDA adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes.
2. Caracterizar los mecanismos de estigma en población con VIH/SIDA adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes.
3. Caracterizar la adherencia a la medicación antirretroviral en población con VIH/SIDA adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes.

7. MATERIAL Y METODOS

7.1 Lugar en donde se implementará el estudio

Hospital General Regional de Zona número 2 del OOAD Estatal Aguascalientes, del IMSS. Avenida de los Conos número 102, fraccionamiento Ojocaliente, Aguascalientes, Aguascalientes, México. Código postal: 20196.

7.2 Diseño del estudio

Diseño transversal analítico.

7.3 Universo de estudio

Pacientes con diagnóstico de infección por virus de VIH/SIDA asistidos en la clínica de VIH del HGZ 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, OOAD Aguascalientes.

7.4 Unidad de análisis

Estigma relacionado al VIH y adherencia a la medicación antirretroviral en pacientes que viven con VIH/SIDA, adscritos a la clínica de VIH del Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Aguascalientes. Instrumentos de medición de estigma y adherencia a tratamiento: Escala de Mecanismos de Estigma relacionado al VIH y Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación (SMAQ).

7.5 Unidad de observación

Paciente con VIH/SIDA, que recibe atención médica en la clínica de VIH del Hospital General de Zona No. 2, IMSS, en Aguascalientes, que cumple con los criterios de inclusión del estudio.

7.6 Tamaño muestral

Se estimó el tamaño de muestral tomando en cuenta que se trata de un estudio transversal analítico, se utilizó la fórmula para población finita, tomándose en cuenta el número de pacientes que vive con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral adscritos a la clínica de VIH del Hospital General de Zona No. 2, con una población total de 521 pacientes, un margen de error = 5 %, un nivel de confianza = 95 % ($Z=1.96$) y una proporción esperada del 50% ($p=0.5$), nos da un tamaño de la muestra = 221 pacientes, la aplicación de la fórmula fue de la siguiente manera: (35)

$$n_0 = (Z^2 * p * (1 - p)) / e^2$$

$$n_0 = (1.96^2 * 0.5 * 0.5) / 0.05^2 = 384.16$$

$$n = (n_0 * N) / (N + n_0 - 1)$$

$$n = (384.16 * 521) / (521 + 384.16 - 1) = 221.43$$

- Donde:

N= Población total (521)

Za= 1.96²

p = proporción esperada (en este caso 5 % = 0.05)

q = 1- p (en este caso 1 – 0.05= 0.95)

d = Exactitud (5%)

7.7 Tipo de muestreo

Se implicó una selección muestral de tipo no probabilístico por conveniencia, se seleccionó a los pacientes que viven con VIH/SIDA, que asisten a seguimiento y control de tratamiento antirretroviral a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona No. 2, IMMS, Aguascalientes, que contaban con los criterios de inclusión del estudio y que accedían a participar en el mismo.

7.8 Criterios de selección de la población

- **Características de elegibilidad:** participantes con diagnóstico de VIH/SIDA, de 18 años o más, sexo indistinto, que tengan al menos 6 meses en tratamiento antirretroviral, adscritos a la clínica de VIH del HGZ 2.
- **Criterios de exclusión:** participantes con VIH/SIDA con condición médica (física, mental, intelectual) que comprometa su capacidad para resolver de forma fidedigna y completa las encuestas.
- **Condiciones de eliminación:**
 Participantes que opten por no continuar su participación en el estudio
 Participantes que no contesten por completo los instrumentos aplicados.

7.9 Variables

Variable dependiente: Adherencia a la terapéutica antirretroviral

Variable independiente: Mecanismos de estigma relacionado al VIH (Estigma promulgado, estigma internalizado, estigma anticipado)

Variables intervinientes: Se incluyeron datos demográficos, sociales y clínicos de cada participante, tales como edad, género, estado conyugal, nivel educativo, ocupación, creencias religiosas, identidad y orientación sexual, consumo de sustancias, área de residencia, tiempo en terapia antirretroviral, valores de CD4, carga viral, evolución del padecimiento y enfermedades asociadas.

Definición operacional de las variables

Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Instrumento	Indicador
Variables sociodemográficas				
Sexo	Estado biológico del individuo, como hombre, mujer o	Cualitativa nominal	N/A	Seleccionará de acuerdo a la opción con la que

	<p>cualquier otra condición. Designación de sexo al nacer y se sustenta con atributos físicos, como la anatomía y los cromosomas (36).</p>			<p>se identifique: 1.Hombre 2.Mujer</p>
Autoidentificación de género	<p>Hace referencia a la vivencia personal del género de cada individuo, la cual puede coincidir o no con sus características biológicas o con el sexo registrado al momento del nacimiento.(37).</p>	Cualitativa nominal	N/A	<p>Seleccionará la opción con la que se identifique: 1. Mujer cisgénero 2.Mujer trans 3.Hombre cisgénero 4.Hombre trans 5.Queer 6.Otro: _____ 7.Prefiero no responder</p>
	<p>1.Cisgenero: Se refiere a las personas cuya identidad y expresión de género coinciden con el sexo que les fue registrado al momento del nacimiento. (38). 2. Trans: Término que engloba diversas identidades o expresiones de género en las que existe una diferencia entre el sexo asignado al nacer y la vivencia o manifestación actual del género. Incluye, entre otros, a personas transexuales, transgénero y travestis. (38). 3.Queer: Describe a quienes no se identifican dentro de las categorías tradicionales de género o sexualidad. Pueden cuestionar o</p>			

	rechazar las etiquetas binarias de hombre/mujer o heterosexual/homosexual, y reconocerse dentro de un espectro más amplio de identidades. (38).			
Orientación sexual	Hace referencia al patrón sostenido de atracción afectiva, emocional o sexual hacia personas de un mismo género, del género opuesto o de más de un género. También abarca la pertenencia a comunidades o colectivos con afinidades y prácticas comunes relacionadas con dichas orientaciones. (39).	Cualitativa nominal	N/A	Seleccionará la opción con la cual se identifique: 1.Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual 4. Prefiero no responder
	1.Heterosexual: persona cuya atracción afectiva, romántica o sexual se orienta hacia individuos del género opuesto (39). 2. Homosexual: individuo que experimenta atracción afectiva, romántica o sexual hacia personas del mismo género. (40). 3. Bisexual: persona que manifiesta			

	atracción afectiva, emocional o sexual hacia más de un género. (40).			
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de la recolección de datos.(41).	Cuantitativa continua	N/A	Número de años cumplidos: ____
Ocupación	Actividad o empleo principal mediante el cual la persona participa en el ámbito laboral o económico.(41).	Cualitativa nominal	N/A	Selección de ocupación de acuerdo a las siguientes opciones: 1. Personal directivo, funcionarios o jefes de área 2. Profesionistas, técnicos y personal especializado 3. Trabajadores administrativos o de apoyo en oficinas 4. Comerciantes, vendedores y personal de atención al público

				<p>5.Empleados en servicios personales, de seguridad o vigilancia</p> <p>6.Personas dedicadas a labores del sector primario, como actividades agrícolas, ganaderas o similares</p> <p>7. Personal dedicado a labores artesanales, de construcción o mantenimiento</p> <p>8.Operadores de maquinaria, ensambladores y conductores de transporte</p> <p>9. Trabajadores en actividades básicas o de apoyo operativo</p> <p>10.Otra ocupación no especificada</p>
Nivel educativo	Proceso estructurado que comprende diferentes etapas de formación académica que una persona ha completado (42).	Categoría ordinal	N/A	<p>Seleccione de acuerdo al nivel educativo concluido de los siguientes:</p> <p>1.Inicial</p> <p>2.Preescolar (42).</p> <p>3.Primaria (42).</p> <p>4.Secundaria (42).</p> <p>5.Bachillerato (42).</p> <p>6.Profesional técnico universitario (42).</p> <p>7.Licenciatura (42).</p> <p>8.Maestría (42).</p> <p>9.Doctorado (42).</p>

Estado civil	Condición legal o de hecho que describe la situación conyugal o de convivencia de una persona respecto a otra (43).	Cualitativa categórica nominal	N/A	Elija de acuerdo a su estado civil actual: 1.Soltero/a (43). 2.Casado/a (43) 3.Divorciado/a (43). 4.Separado/a en proceso judicial (43). 5.Viudo/a 6.Concubinato
Lugar de residencia	Espacio geográfico donde una persona habita de forma habitual y en el que realiza la mayor parte de sus actividades cotidianas, como trabajo, estudio o recreación (44).	Cualitativa categórica nominal	N/A	1.Rancho o Finca (44). 2.Caserío (44). 2.Poblado tradicional 3.Desarrollo habitacional de vivienda industrializada (44). 3.Barrio, colonia o fraccionamiento de vivienda autoproducida (44). 4.Albergue o campamento de trabajadores (44). 5.Establecimientos comerciales y de servicios (44). 6.Zona, parque o establecimientos industriales y manufactureros (44). 7.Otro tipo de localidad (44).
Religión	Preferencia o afiliación espiritual de una persona, ya sea hacia una doctrina organizada o hacia creencias individuales sin pertenencia institucional. (44).	Cualitativa categórica nominal	NA	1.Religión católica (44). 2.Católico ortodoxo (44). 3.Protestante/cristiano evangélico (44). 4.Judaico (44). 5.Islámico (44). 6.Origen oriental

				(44). 7.New Age y Escuelas esotéricas 8.Raíces étnicas (44). 9.Espiritualistas (44). 10.Cultos populares (44). 11.Otros Movimientos religiosos (44). 12.Sin religión/Sin adscripción religiosa (44).
Variables clínicas				
Consumo de sustancias psicoactivas	Se refiere al consumo de sustancias con efectos sobre el sistema nervioso central, utilizado de manera experimental, ocasional o con fines recreativos. El uso se considera problemático cuando genera dependencia, conductas compulsivas o consecuencias negativas en la salud o el entorno del individuo(45). Abuso de sustancias psicoactivas: el uso de las sustancias se vuelve compulsivo, se depende de la droga, del contexto y estilo de vida entorno a ella (45).	Catégoric a ordinal	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) (45)	Puntuación según el nivel de riesgo de presentar problemas de salud a consecuencia del uso y abuso de cada sustancia consumida en: 1.Riesgo bajo 2.Riesgo medio 3.Riesgo alto
Recuento de células CD4	Es una medición del número de linfocitos CD4 (células T colaboradoras) en sangre, empleada como marcador	Catégoric a ordinal	Historia clínica	Clasificación del estado inmunológico de acuerdo a células CD4/mm ³ 1.Estado

	<p>inmunológico para evaluar el estado del sistema inmune en personas que viven con VIH y para valorar la respuesta al tratamiento antirretroviral.(46).</p>			<p>inmunológico normal o leve inmunosupresión (>500 CD4/mm³) 2.Moderada inmunosupresión (200-499 CD4/mm³) 3.Inmunosupresión severa (<200 CD4/mm³)</p>
Carga viral	<p>Corresponde a la cantidad de copias de ARN viral presentes en el plasma, expresada en número de copias por mililitro. Este parámetro se utiliza para determinar la replicación del virus, establecer el control terapéutico y monitorear la eficacia del tratamiento antirretroviral (47).</p>	Cualitativa ordinal	<p>Se registrará a partir del estudio de laboratorio más reciente en el expediente clínico.</p>	<p>De acuerdo al número de copias de ARN por ml en plasma: 1.Indetectable 2.Carga viral suprimida (detectable, pero ≤ 1000 copias/mL) 3.Carga viral no suprimida (>1000 copias/mL)</p>
Duración del tratamiento antirretroviral	<p>Es el periodo de tiempo durante el cual un paciente recibe un tratamiento médico (48).</p>	Cuantitativa a continua	<p>Autoinforme por medio del cuestionario y corroboración con el expediente medico</p>	<p>Tiempo desde el inicio del tratamiento antirretroviral, registrado en meses: _____</p>
Diagnóstico de SIDA	<p>Corresponde a la etapa avanzada de la infección por VIH, caracterizada por un deterioro profundo del sistema inmunológico. Se identifica mediante un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200 células por milímetro cúbico y la presencia de infecciones oportunistas o manifestaciones clínicas severas.(49).</p>	Cualitativa nominal dicotómica	<p>Autoinforme por medio del cuestionario y corroboración en expediente clínico.</p>	<p>De acuerdo a los criterios diagnósticos: 1.Si 2.No</p>

Comorbilidad	Término clínico que describe la coexistencia de una o más enfermedades o condiciones de salud adicionales al diagnóstico principal, las cuales pueden influir en la evolución, el pronóstico y el manejo del paciente (50).	Cualitativa nominal politómica múltiple	Hoja de recolección de datos y corroboración en expediente clínico	Patología(s) diagnosticada(s), coexistente(s) a la infección por VIH/SIDA, todas las opciones correspondientes: 1.Diabetes 2.Tuberculosis 3.Hepatitis B 4.Hepatitis C 5.Enfermedad Renal 6.Osteoporosis
--------------	---	---	--	---

Tabla 2. Variables relacionadas a estigma

Estigma relacionado con el VIH					
Definición conceptual	Dimensión	Variabilidad	Tipo de variable	Instrumento /Escala	Ítem
Es la combinación de creencias, actitudes y acciones contra las personas que viven con el VIH. Implica un fenómeno social que contribuye a una gama de respuestas psicológicas que hace que las personas se den cuenta de que tienen una característica social devaluada. (24)	1.Estigma promulgado: Estigma que denota el grado en que las personas creen haber experimentado prejuicios y exclusión en la comunidad por parte de otras personas (10). 1.1Estigma promulgado en la familia (Pregunta 1-3) 1.2.Estigma	El puntaje total varía entre 6-30 puntos, a mayor puntaje, se interpreta como mayor percepción de estigma promulgado.	Cualitativa ordinal	Escala de Mecanismos de Estigma relacionado al VIH, subescala estigma promulgado. Pregunta 1-6, respuesta tipo Likert: 1.Nunca, 2.No con frecuencia, 3.Con cierta frecuencia, 4. Frecuentemente 5.Muy frecuente (51).	1.Los miembros de mi familia me han evitado (51) 2.Los miembros de mi familia me han menospreciado 3.Los miembros de mi familia me han tratado de manera diferente (51) 4.Los trabajadores de la salud no han escuchado mis preocupaciones

	<p>a promulgado en los trabajadores de la salud (Pregunta 4-6) (51).</p>				<p>5.Los trabajadores de la salud han evitado tocarme 6.Los trabajadores de la salud me han tratado con menos respeto (51)</p>
	<p>2.Estigma internalizado: Corresponde al nivel en que las personas con VIH apoyan las creencias y sentimientos negativos sobre sí mismos (10).</p>	<p>El puntaje total varía entre 6-30 puntos, a mayor puntaje, se interpreta como mayor percepción de estigma internalizado.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Escala de Mecanismos de Estigma relacionado al VIH, subescala estigma internalizado, pregunta 7-12, respuesta tipo Likert que va de 1.Totalmente en desacuerdo, 2.En desacuerdo, 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4.De acuerdo, 5.Totalmente de acuerdo (51).</p>	<p>7.Tener VIH me hace sentir que soy mala persona (51) 8.Siento que no soy tan bueno como otros porque tengo VIH (51) 9.Me siento avergonzado o de tener VIH (51) 10.Pienso menos en mí porque tengo VIH (51) 11.Tener VIH me hace sentir impuro (51) 12.Tener VIH me resulta repugnante (51)</p>
	<p>3.Estigma anticipado: Hace alusión al grado de estigma</p>	<p>El puntaje total varía entre 6-30 puntos, a mayor puntaje, se</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>Escala de Mecanismos de Estigma relacionado al VIH, subescala estigma</p>	<p>13.Los miembros de la familia me evitarán (51) 14.Los</p>

	<p>que las personas con VIH esperan experimentar en el futuro, en forma de prejuicios y discriminación por parte de las demás personas (10).</p> <p>3.1 Estigma anticipado en miembros de la familia (ítem 13-15)</p> <p>3.2 Estigma anticipado en los trabajadores de la salud (ítem 16-18) (51).</p>	<p>interpreta como mayor percepción de estigma anticipado.</p>		<p>anticipado, ítem 13-18, respuesta tipo Likert que va de 1. Muy improbable, 2. Improbable, 3. Ni probable ni improbable, 4. Probable, 5. Muy probable (51).</p>	<p>miembros de la familia me mirarán con desprecio (51)</p> <p>15. Los miembros de la familia me tratarán de manera diferente</p> <p>16. Los trabajadores de la salud no escucharán mis preocupaciones</p> <p>17. Los trabajadores de la salud evitarán tocarme</p> <p>18. Los trabajadores de la salud me tratarán con menos respeto (51)</p>
<p>Nota: ítems de Escala de Mecanismos de estigma (51)</p>					

Tabla 3. Variables relacionadas a adherencia a tratamiento

Definición conceptual	Dimensión	Variable	Escala/ Instrumento	Ítem	Indicador
<p>Hace referencia al conjunto de conductas que una persona mantiene en relación con el</p>	<p>Adherencia no intencional: omisión de medicación</p> <p>Ítem 1 y 3, opción de respuesta dicotómica Sí/No</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Cuestionario Simplificado de Adherencia a la medicación (SMAQ) (52).</p>	<p>1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación? (52).</p> <p>3. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? (52).</p>	<p>1. Adherente</p> <p>2. No adherente</p>

<p>cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, incluyendo la toma de los medicamentos, la alimentación adecuada y la adopción de hábitos de vida saludables, conforme a las recomendaciones del personal de salud (Adaptado de la OMS, (52)).</p>	<p>Adherencia intencional: Motivo de omisión relacionado a estado de salud. Ítem 2, opción de respuesta dicotómica Sí/No</p>			<p>2. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal? (52).</p>	
	<p>Frecuencia de omisión: frecuencia de omisión en un periodo de tiempo establecido. Ítem 4, opción de respuesta ordinal, con las siguientes opciones: a) Ninguna, b) 1-2, c) 3-5, d) 6-10, e) más de 10 Ítem 5, opción de respuesta abierta numérica</p>	<p>Cualitativa ordinal/ Cuantitativa discreta</p>		<p>4. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis? (52). 5. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días completos no tomó la medicación? (52).</p>	

7.10 PLAN DE LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Logística de recolección de datos

b) Logística

Tras obtener la aprobación del protocolo por parte del Comité Local de Investigación 101 y del Comité de Ética en Investigación, se notificó a la dirección médica del Hospital General de Zona No. 2 para dar inicio a la aplicación de los instrumentos correspondientes.

El estudio se llevó a cabo en la Clínica de Atención Integral para Personas con VIH del Hospital General de Zona No. 2, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de Aguascalientes. La selección de los participantes se realizó conforme a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

El investigador principal identificó a los pacientes con diagnóstico de VIH que acuden de manera regular a la consulta de seguimiento en dicha clínica. La captación de participantes se efectuó en la sala de espera, explicando los objetivos del estudio y la importancia de su colaboración.

Se invitó a cada paciente de forma individual, se aclararon dudas y se solicitó la firma del consentimiento informado. La aplicación del cuestionario se realizó en un espacio privado, procurando confidencialidad y un ambiente de confianza para responder con libertad.

a) Técnica para recolección de datos

Se aplicaron tres cuestionarios auto administrados. En primer lugar, se aplicó un cuestionario en donde se integraron las características sociales y demográficas de la población, además, se implementó un cuestionario dirigido por la investigadora, para determinar el consumo de sustancias nocivas. El segundo instrumento es el cuestionario SMAQ, que se compone de 6 preguntas para estudiar la adherencia al TAR, el tercer cuestionario corresponde a la Escala de Mecanismos de Estigma del VIH (HIV-SMS), la cual se compone de 18 ítems.

7.11 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación (SMAQ): Se trata de un instrumento diseñado originalmente en población española en 1999, por el Dr. Hernando Knobel y colaboradores, su validación original se publicó como parte del estudio GEEMA (Adaptado de Knobel et al., 1999; Morales-Trinidad et al., 2025; GEEMA, Grupo Español para el Estudio Multicéntrico de la Adherencia) (53).

Ha sido utilizado para determinar la adherencia al tratamiento en diversas patologías como diabetes, hipertensión, tuberculosis, pacientes post trasplantados renales en tratamiento con tacrolimus, se ha traducido a idiomas como el griego, portugués, amárico, árabe, inglés, francés, originalmente se creó en el idioma español de España (22).

Se trata de un cuestionario que mide la adherencia al tratamiento de manera indirecta, es decir, infiere la adherencia través de indicadores, como la omisión de la medicación y la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

frecuencia o cantidad de omisiones de la medicación, englobado en: adherencia intencional (omisión de la medicación por sentirse mal, corresponde a la pregunta 3), adherencia no intencional (omisión de la medicación por olvido, pregunta 1 y 2) y frecuencia o cantidad de omisiones en un periodo de tiempo, lo cual se investiga mediante la pregunta 5 y 6, del estudio original (22).

En México, se realizó un estudio con el objetivo de la validación del instrumento en población mexicana, el cual se publicó en enero de 2025 (Del Moral Trinidad y colaboradores, 2025), el estudio se llevó a cabo en el Hospital Civil de Guadalajara, la muestra fue de 299 pacientes, la mayoría eran hombres ($n=259$), los criterios de elegibilidad fueron edad mayor a 18 años, estar en tratamiento antirretroviral desde hace 3 meses por lo menos (22).

La evidencia de validez enfocada en la estructura interna se examinó mediante análisis factorial confirmatorio. El ajuste del modelo se evaluó con los índices: índice de ajuste comparativo (CFI) mayor a 0.90, el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) menor a 0.08, y el residuo cuadrático medio ponderado (WRMR) menor a 1. La consistencia interna fue satisfactoria, con coeficientes de Cronbach α superiores a 0.70, lo que indica fiabilidad aceptable para los propósitos del estudio. (22).

Para estimar la validez, se examinó la interrelación de la adherencia y la carga viral plasmática indetectable, haciendo uso del coeficiente de correlación de Pearson. Se aplicaron pruebas exactas de Fisher para calcular odds ratios (OR) con el propósito de examinar la asociación entre una carga viral plasmática indetectable frente a una carga viral detectable, y la clasificación de adherente frente a no adherente (en base a la idea de que un paciente con carga viral indetectable se considera adherente) (22).

En cuanto a la estructura factorial, en el estudio de validación en población mexicana, se eliminó el ítem No. 2, debido a que presentó una carga factorial baja y la respuesta estaba orientada contrariamente a la del resto de ítems. El cuestionario presentó una estructura unidimensional con adecuados índices de ajuste tras la exclusión de la pregunta 2 (CFI=1; RMSEA=0, IC 90%= 0 – 0.103, W=0.047). Presentó una confiabilidad aceptable: alfa de Cronbach de 0.702, y un coeficiente omega de 0.718; la validez concurrente se respaldó por la asociación significativa con la carga viral (factor utilizado en el estudio) $r=0.128$, $p=0.4$ (22).

La versión al español de México del SMAQ se compone de 5 ítems con respuestas dicotómicas (si/no) en las preguntas 1, 2 y 3, las preguntas 4 y 5 tienen opciones de

respuesta. La pregunta 1 Investiga si alguna vez ha olvidado tomar el medicamento y se responde con a) si y b) no; la pregunta dos interroga si ha omitido tomar el medicamento a causa de sentirse mal, a) si, b) no; pregunta tres cuestiona si olvidó tomar el medicamento el fin de semana, a) si, b) no; pregunta 4 interroga la frecuencia de omisión de medicamento en la última semana, con opción de respuesta desde a) ninguna a e) más de 10. Finalmente, la pregunta 5 con opción de respuesta abierta cuestiona sobre los días completos que ha omitido la medicación en los últimos 3 meses. De acuerdo al criterio de clasificación, se considera no adherente si responde afirmativamente a las preguntas 1-3, en la pregunta 4 responde omisión de más de 2 dosis en la última semana, en la pregunta 6 indica que no tomo su medicación por más de 2 días completos en los últimos 3 meses (22).

Escala de Mecanismos de Estigma del VIH (VIH-SMS)

El instrumento fue creado por Valerie A Earnshaw y coinvestigadores en 2013, en un estudio realizado en una población de New York, a partir de ítems validados de otras escalas sobre estigma internalizado, anticipado y promulgado, de acuerdo a los criterios específicos del Marco del estigma de Earnshaw y Chaudoir, el cual se desarrolló en base a tres mecanismos de estigma relacionados al VIH, estigma internalizado, anticipado y promulgado (6). La validación en población mexicana con VIH, se realizó por López Andrea y colaboradores, su trabajo fue publicado en 2023, en la revista AIDS (24). Se trabajó con una muestra de 362 personas participantes con diagnóstico de VIH/SIDA (24). El instrumento consta de 3 subescalas, que corresponden a cada dimensión de estigma evaluada. La subescala de estigma promulgado, el cual se refiere al estigma que el paciente cree haber experimentado en el pasado debido a tener VIH, tienes dos dimensiones, estigma promulgado en la familia y estigma promulgado en los trabajadores de la salud, se integra de 6 ítems, con opción de respuesta que se puntúa del 1 al 5 de acuerdo a: 1 (nunca), 2 (no a menudo), 3 (con frecuencia), 4 (a menudo) y 5 (siempre). El estigma internalizado hace referencia a como se percibe el paciente a si mismo por tener VIH; se compone de 6 ítems la subescala y las respuestas van de (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) de acuerdo, (5) totalmente de acuerdo (24). La subescala de estigma anticipado estudia la probabilidad que el paciente cree tener de que en el futuro la gente lo trate diferente debido a su

estado serológico, tiene dos dimensiones, estigma anticipado en los miembros de la familia y estigma anticipado en los trabajadores de la salud, se compone de 6 ítems, los cuales tienen 5 opciones de respuesta tipo Likert, que van de 1 (muy improbable), 2 (improbable), 3 (ni improbable ni probable), 4 (probable), 5 (muy probable) (24).

Para la validación de la escala, en primera instancia, los autores del estudio tradujeron el instrumento de manera independiente, utilizando modismos para favorecer la comprensión en la población mexicana. Además, se agregaron tres ítems, ítem 0 (no saben que vivo con VIH), “prefiero no responder” y “no aplicable”. Para determinar la estructura factorial y confiabilidad de la escala, emplearon Análisis Factoriales Exploratorios (AFE) mediante el método de Mínimos Cuadrados Ponderados, obteniéndose en el modelo final una varianza del 56%-68%, cargas factoriales de 0.42-0.60 y un RMSR de 0.03-0.05. El resultado de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.82 ($X^2_{153} = 4076.88$; $p < 0.001$; índice corregido RMRS = 0.03, cargas factoriales por encima de 0.6 y comunalidad de 0.45 a 0.91), lo que apoya la validez del análisis factorial. Respecto a la consistencia interna, es adecuada en todos los factores, rango de 0.87 (estigma propagado por el personal sanitario) a 0.95 (estigma propagado por los familiares). La consistencia interna total (fiabilidad global) también fue aceptable ($\Omega = 0.86$) (24).

No existen puntos de corte oficiales, ya que no existen rangos definidos para clasificar estigma como alto, medio, bajo, A. López y colaboradores (2023), en su estudio para la validación de la escala en la comunidad mexicana, describieron los resultados de la escala en base a medidas de distribución como tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), lo que sugiere el uso de los resultados con fines descriptivos.

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Ésta prueba fue elaborada por investigadores y médicos especialistas en adicciones, a nivel internacional, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se sigue la aplicación del cuestionario en el área de atención primaria en población con gran cantidad de consumidores de sustancias, como universidades, zonas rojas, servicios de salud mental y clínicas de enfermedades de transmisión sexual. Ha sido validada en población mexicana, en pacientes psiquiátricos, estudiantes universitarios, estudiantes de bachillerato y de secundaria (54). Está conformado de 8 preguntas, las cuáles se describen a continuación: 1. ¿Cuáles sustancias ha consumido alguna vez a lo largo de la

vida? (54) 2. ¿Con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual? (54), 3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses? (54) , 4. ¿Con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses? (54), 5. ¿Con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses? (54), 6. Si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido (54) . 7. Si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y que tan reciente ha sido (54). 8. Si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectable y qué tan reciente ha sido (54) .El cuestionario está diseñado para ser administrado al paciente por un profesional de la salud capacitado, El resultado final se obtiene de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a 7, las calificaciones de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación final, pero representa un índice de alto riesgo de sobredosis, dependencia e infección por virus de VIH y hepatitis C (54).

El resultado del instrumento resulta en el nivel de riesgo y la dependencia relacionados al consumo de sustancias psicoactivas. El riesgo moderado indica consumo de sustancias peligroso o dañino, riesgo alto indica dependencia de sustancias (55).

7.12 MÉTODOS DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Con el propósito de garantizar la integridad y precisión de los datos obtenidos, se implementaron diversas estrategias de control de calidad y procedimientos preventivos frente a posibles fuentes de sesgo.

Control del sesgo de información

Se elaboró un manual operativo que estandarizó las etapas de recolección de datos y el llenado de los instrumentos utilizados. Este documento estableció instrucciones claras y uniformes para el registro de información procedente de los expedientes clínicos electrónicos, con el fin de mantener la homogeneidad del proceso y evitar discrepancias entre los investigadores.

Además, se diseñó un protocolo para verificar la coherencia y exactitud de los registros, asegurando que todo el personal involucrado siguiera los mismos criterios durante la captura y revisión de la información. Se efectuaron revisiones periódicas de la base de

datos para detectar y corregir oportunamente posibles errores o inconsistencias, conforme a lo especificado en el manual operativo.

Sesgo de selección

Se utilizaron los requisitos de elegibilidad y exclusión.

Sesgo de confusión

Se realizaron un análisis multivariante para ajustar por posibles factores de confusión.

7.13 Plan de análisis

Al finalizar la evaluación de los cuestionarios recolectados durante ese día, se vaciaban los resultados en la base de datos del programa Excel, desde una computadora personal. La base de datos de Excel se utilizó para posteriormente realizar un análisis conjunto en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales versión 27 (SPSS v 27).

Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas de la población participante, considerando aspectos como edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, nivel educativo, ocupación, religión, zona de residencia, consumo de sustancias psicoactivas y tiempo bajo tratamiento antirretroviral.

Posteriormente, se examinaron las diferencias entre grupos según el sexo (masculino/femenino) y el nivel de adherencia al tratamiento. Las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables cuantitativas se describieron a través de medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar e intervalos intercuartílicos, según su distribución).

Para explorar asociaciones entre la adherencia al tratamiento y los mecanismos de estigma, se emplearon pruebas de χ^2 de Pearson o prueba exacta de Fisher para variables categóricas, y t de Student o U de Mann-Whitney para variables numéricas.

Las variables con significancia en el análisis bivariado se incorporaron en modelos de regresión logística binaria con el fin de estimar la razón de momios (OR) e intervalos de confianza al 95%. El nivel de significancia estadística se fijó en $\alpha = 0.05$, y los análisis se procesaron en el software Stata versión XX.

7.14 ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud No. 8 y por el Comité Local de Ética en Investigación 101 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), previo registro institucional correspondiente.

La investigación se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, las Normas Oficiales Mexicanas aplicables y los lineamientos de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

Dado que se trabajó con información clínica de personas que viven con VIH, se garantizó la confidencialidad de los datos, el anonimato de los participantes y el uso exclusivo de la información con fines de investigación.

La población estudiada corresponde a pacientes adscritos a la Clínica de Atención Integral para Personas con VIH del Hospital General de Zona No. 2, perteneciente al IMSS, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes.

Alineación con las disposiciones éticas vigentes

Riesgo del estudio

Todos los instrumentos y cuestionarios utilizados para la obtención de datos serán administrados y resguardados siguiendo las normas institucionales vigentes, asegurando en todo momento la confidencialidad y protección de la información proporcionada por los participantes. El estudio se desarrollará conforme a los principios éticos y legales aplicables a la investigación con seres humanos, en apego al Código de Núremberg (1947) y a los lineamientos propuestos por Beauchamp y Childress, que incluyen los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, además del principio de respeto por la dignidad humana. Asimismo, se cumplirán las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud en materia de investigación, así como en la Declaración de Helsinki (Asamblea Médica Mundial, 1964, con actualizaciones de Fortaleza, Brasil, 2013) y en la Declaración de Taipei (2016), referentes al uso de información médica y datos personales con fines científicos. (56).

Riesgo asociado con el estudio

Conforme al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, este proyecto se clasifica como de riesgo mínimo, ya que no involucra

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

intervenciones que modifiquen las condiciones fisiológicas o psicológicas de los participantes. Las actividades contempladas se limitan a la aplicación de cuestionarios, entrevistas y revisión de expedientes clínicos, sin procedimientos invasivos ni exposición a riesgos físicos o emocionales. (57).

Colaboración y beneficios obtenidos de los participantes

La participación en este estudio fue voluntaria y sin compensación económica. Aunque no representa beneficios directos para los sujetos, se espera que los resultados generen contribuciones científicas relevantes, aplicables a la mejora de la atención médica y el seguimiento de personas con VIH atendidas en la Clínica de Atención Integral del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS, en Aguascalientes. Antes de su inclusión, los participantes fueron informados sobre los objetivos y procedimientos del estudio, garantizándoles privacidad y confidencialidad en el manejo de sus datos.

Evaluación del riesgos y beneficios

La información será obtenida mediante procedimientos no invasivos, lo que representa un riesgo mínimo para la salud y bienestar de los participantes. Los posibles beneficios se reflejarán de manera indirecta, al contribuir con evidencia científica que permita comprender mejor la relación entre los mecanismos de estigma y la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH atendidas en la Clínica de Atención Integral del Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Aguascalientes. El estudio se desarrollará en apego a los principios éticos de justicia, respeto y autonomía, garantizando que todos los individuos sean tratados con equidad y tengan la misma oportunidad de participar o declinar su colaboración, sin ningún tipo de coerción por parte del equipo investigador. Asimismo, se observarán los principios de beneficencia y no maleficencia, procurando siempre el bienestar de los participantes, evitando riesgos innecesarios y asegurando que los beneficios potenciales superen cualquier posible inconveniente. Estos lineamientos se sustentan en los principios fundamentales de la bioética establecidos en el Informe Belmont (1979) (58).

Consentimiento libre e informado

Los pacientes invitados a participar en la investigación recibirán una explicación clara sobre los objetivos, alcances y procedimientos del estudio. Posteriormente, se les solicitará la firma del consentimiento informado, elaborado en lenguaje sencillo y comprensible. Este documento garantizará que su decisión de participar sea

completamente voluntaria y que su atención médica dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social no se verá afectada en ningún momento. La participación se ajustará a los lineamientos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (2024) y en la normativa institucional vigente.(56).

Protección de datos personales

La información proporcionada por los participantes será manejada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines científicos.

Los cuestionarios y registros clínicos se identificarán mediante códigos alfanuméricos, sin incluir datos personales que permitan reconocer a los pacientes.

El resguardo de los archivos se realizará en una base de datos protegida, accesible solo al equipo investigador.

Al concluir el estudio, los resultados serán comunicados de forma global, sin exponer información individual.

La investigación fue revisada y aprobada por el Comité Local de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud No. 8, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Determinación de la población participante

El proceso de selección de participantes se efectuará de manera imparcial, sin sesgos de género, edad, nivel educativo, orientación sexual, religión o condición social. Los criterios de elegibilidad y exclusión se aplicarán de forma uniforme para todos los candidatos que cumplan con los requisitos establecidos.

Beneficios derivados del estudio

Los resultados obtenidos tendrán un valor científico y social, ya que aportarán información útil para optimizar la atención integral de las personas que viven con VIH.

Si bien el estudio no genera beneficios económicos directos para los participantes ni para los investigadores, sus hallazgos permitirán comprender mejor la relación entre el estigma relacionado con el VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a la Clínica de Atención Integral del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS, en Aguascalientes.

7.15 RECURSOS

Recursos humanos

- Investigador responsable: Dra. Karina Ortiz Serna. Residente del tercer año de Medicina Familiar Adscripción Hospital General de Zona número 1, Delegación Aguascalientes. UMF No. 8. Avenida José María Chávez No. 1202, Colonia Linda Vista; C.P 20270, Aguascalientes, Ags. Correo electrónico: karina.ortizs@outlook.com. Teléfono 495 121 44 44
- Investigador asociado: Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez, Médico Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 1, IMSS, OOAD Aguascalientes. Domicilio: Boulevard José María Chávez No. 1202 Colonia Linda Vista, C.P. 20270, Aguascalientes, Aguascalientes. Matricula: 99013010. Teléfono: 4499112134, correo electrónico: otara_lizeth@hotmail.com

Recursos materiales

Tabla 4. Recursos materiales

Material	Costo
Computadora	\$6,000.00
Datos móviles	\$450.00
Memoria USB	\$150.00
Papel bond tamaño carta	\$650.00
Bolígrafos	\$120.00

Recursos financieros

Los consumibles empleados en la recolección y análisis de datos serán financiados por el investigador asociado.

Financiamiento

La presente investigación no cuenta con financiamiento público ni privado para su estudio.

Factibilidad

La Clínica de Atención Integral para Personas con VIH, adscrita al Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), perteneciente al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Aguascalientes, brinda atención y seguimiento médico continuo a pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.

Se cuenta con una población estimada de 521 pacientes activos, quienes acuden de forma regular a consulta de control. Los estudios de laboratorio y gabinete realizados habitualmente forman parte de la atención médica integral del paciente, por lo que no se requiere de procedimientos adicionales.

La propuesta de investigación se diseñó de manera que se cumplan los principios éticos de la investigación en seres humanos, garantizando un equilibrio entre riesgo y beneficio, en apego a los lineamientos institucionales y normativas nacionales e internacionales. Por estas características, el estudio se considera viable y éticamente factible.

Exposición de los resultados del estudio

El desarrollo de este trabajo de investigación dará como fruto la obtención de información relacionada a un factor social que puede actuar como barrera en los resultados de una patología que genera altos índices de costos a nivel de Salud Pública, como lo es el VIH/SIDA, por lo que la divulgación de los resultados será a través de una tesis, de la misma manera se pretende presentar en un foro de investigación regional o nacional y/o la publicación en una revista científica.

7.15 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 5. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Abril 2025	Mayo 2025	Junio 2025	Julio 2025	Agosto 2025	Septiembre 2025	Octubre 2025
Revisión de la literatura	x	x					
Elección del tema	x						
Integración y análisis de antecedentes científicos	x	x					
Elaboración del marco teórico	x	x					
Elaboración de la justificación	x	x					
Elaboración del planteamiento del problema	x						
Elaboración de material y métodos	x	x					

Elaboración de anexos (Carta de consentimiento informado, operacionalización de las variables, manual operacional)		x	x				
Integración del anteproyecto		x	x				
Registro del protocolo en SIRELCIS			x	x			
Aprobación del protocolo			x	x			
Recolección de datos				x			
Captura de datos				x	x		
Análisis e interpretación de resultados					x	x	
Elaboración de discusiones y conclusiones						x	
Integración del documento final						x	x
Difusión de los resultados							x

8. RESULTADOS

8.1 Características de los participantes

En el presente estudio se integraron 221 participantes atendidos en la clínica de VIH, las características demográficas se presentan en la Tabla 1, presentaron una edad media de 39.6 (DE=12.4; RIQ 18-78), la mayoría fueron hombres (86.88%) mientras que el resto se identificó como mujer (13.12%) aproximadamente la mitad de los participantes tenían entre 30 y 49 años de edad (56.5%). En cuanto a la identidad de género, el 81.9% se identificó como hombre cisgénero y 12.6% como mujer cisgénero, la minoría se identificó como mujer trans (1.36%), hombre trans (0.45%), otro (1.81%) o prefirió lo responder

(1.81%). De acuerdo a la orientación sexual, la mayoría se inclinaron por preferencia homosexual (57.4%), seguido de heterosexual (24.4%) y bisexual (13.5%). Respecto al estado civil, 75.11% no tenían pareja (solteros, divorciados, separados, viudos), el 24.89% si tenía pareja, del grupo de participantes sin pareja, la mayoría correspondía a hombres (90.9%) y solo 9% a mujeres. El nivel educativo predominante fue superior o posgrado (49.32%) y dentro de este nivel, la mayoría correspondía a hombres (96.3%), 37.93% de quienes se identificaron como mujer, solo tenía educación básica. Respecto a la ocupación, el 42.53% eran profesionistas o tenían un puesto administrativo y la mayoría eran hombres (96.8%) seguido del 37.56% quienes se dedicaban a actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, artesanía, construcción, operadores de maquinaria industrial, conductores, actividades elementales y de apoyo, u otro oficio, mayoría las mujeres se encontraba dentro de este grupo ocupacional (24.10 %). Gran parte de los participantes tenían lugar de residencia urbano (85.07%), el resto (14.03%) rural, dentro de quienes vivían en zona rural, la mayoría correspondía a hombres (90.91%). Por último, mayoritariamente se identificaron como católicos (74.2%), seguido de 17.65% sin adscripción religiosa y el 8.14% refirió que tenía otra religión, la mayor proporción de mujeres se identificaron como católicas (15.2%).

Tabla 6. Características generales de los participantes

Características generales de los participantes	
	n (%)
Edad	
18-29	48 (21.7%)
30-49	125 (56.5)
≥50	48 (21.7%)
Sexo	
Hombre	192 (86.88%)
Mujer	29 (13.12%)
Identidad de género	
Mujer cisgénero	28 (12.6%)
Mujer trans	3 (1.36%)
Hombre cisgénero	181 (81.9%)
Hombre trans	1 (0.45%)
Otro	4 (1.81%)
Prefiero no responder	4 (1.81%)
Orientación sexual	
Heterosexual	54 (24.4%)
Homosexual	127 (57.4%)
Bisexual	30 (13.5%)
Prefiero no responder	10 (4.5%)
Estado civil	

Con pareja (casado, concubinato)	55 (24.89)
Sin pareja (soltero, divorciado, separado, viudo)	166 (75.11)
Nivel educativo	
Básica	58 (26.24%)
Media superior	54 (24.43%)
Superior/ posgrado	109(49.32%)
Ocupación	
Funcionarios, directores y jefes	17 (7.6%)
Profesionistas y técnicos, actividades administrativas	94 (42.53%)
Comerciantes, empleados en ventas, servicios profesionales y de vigilancia	27 (12.22%)
Actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, artesanía, construcción, operadores de maquinaria industrial, conductores, actividades elementales y de apoyo, otro	83 (37.56%)
Lugar de residencia	
Rural (rancho o finca, caserío, poblado tradicional)	33 (14.93%)
Urbano (vivienda industrializada, barrio, colonia o fraccionamiento, albergue o campamento de trabajadores, otro tipo de localidad)	188 (85.07%)
Religión	
Católico	164 (74.2%)
Sin religión/sin adscripción religiosa	39 (17.65%)
Otras	18 (8.14%)

Tabla 7. Características sociodemográficas y distribución de acuerdo al sexo

Características sociodemográficas y distribución de acuerdo al sexo (n=221)						
	n (%)	Mujer n (%)	Hombre (%)	n	P value	Mdn (DE) RIQ
Edad					0.06	39.6 (12.4) 18-78
18-29	48 (21.7%)	4 (8.3%)	44 (91.6%)			
30-49	125 (56.5)	14 (11.2%)	111 (88.8%)			
≥50	48 (21.7%)	11 (22.9%)	37 (77.0%)			
Sexo						
Hombre	192 (86.88%)					38.81 (12.0)
Mujer	29 (13.12%)					45.24 (13.2)
Identidad de género					0.00	
Mujer cisgénero	28 (12.6%)	28(100%)	0 (0%)			
Mujer trans	3 (1.36%)	1 (33.3%)	2 (66.6%)			
Hombre	181 (81.9%)	0 (0%)	181 (100%)			

cisgénero				
Hombre trans	1 (0.45%)	0 (0%)	1 (100%)	
Otro				
Prefiero no responder	4 (1.81%)	0 (0%)	4 (100%)	
	4 (1.81%)	0 (0%)		
Orientación sexual				0.00
Heterosexual	54 (24.4%)	25 (46.3%)	29 (53.7%)	
Homosexual	127 (57.4%)	2 (1.5%)	125 (98.45)	
Bisexual	30 (13.5%)	0 (0%)	30 (100%)	
Prefiero no responder	10 (4.5%)	2 (20%)	8 (80%)	
Estado civil				0.00
Con pareja (casado, concubinato)	55 (24.89)	14 (25.45%)	41 (74.55%)	
Sin pareja (soltero, divorciado, separado, viudo)	166 (75.11)	15 (9.04%)	151 (90.9%)	
Nivel educativo				0.00
Básica	58 (26.24%)	22(37.93)	36(62.0%)	
Media superior	54 (24.43%)	3 (5.56%)	51(94.4%)	
Superior/ posgrado	109(49.32%)	4 (3.67%)	105(96.3%)	
Ocupación				0.00
Funcionarios, directores y jefes	17 (7.6%)	1 (5.8%)	16 (94.1%)	
Profesionistas y técnicos, actividades administrativas	94 (42.53%)	3 (3.19%)	91 (96.815)	
Comerciantes, empleados en ventas, servicios profesionales y de vigilancia	27 (12.22%)	5 (18.52%)	22 (81.48%)	
Actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, artesanía, construcción,	83 (37.56%)	20 (24.10)	63 (75.90%)	

operadores de maquinaria industrial, conductores, actividades elementales y de apoyo, otro				
Lugar de residencia				0.45
Rural (rancho o finca, caserío, poblado tradicional)	33 (14.93%)	3 (9.09%)	30 (90.91%)	
Urbano (vivienda industrializada, barrio, colonia o fraccionamiento, albergue o campamento de trabajadores, otro tipo de localidad)	188 (85.07%)	26 (13.83%)	162 (86.17%)	
Religión				0.16
Católico	164 (74.2%)	25 (15.2%)	139 (84.7%)	
Sin religión/sin adscripción religiosa	39 (17.65%)	4 (10.26%)	35 (89.7%)	
Otras	18 (8.14%)	0 (0%)	18 (100%)	
Frecuencias absolutas y porcentaje de características sociodemográficas. Comparaciones entre hombres y mujeres realizadas con prueba de chi cuadrada de Pearson. Mdn (DE): Mediana y desviación estándar; RIQ rango intercuartílico. Valores de p < 0.05 se consideran estadísticamente significativos.				

En relación a los antecedentes clínicos y su distribución de acuerdo a sexo, los cuales se desglosan en la Tabla 2, la mediana en cuanto al tiempo de inicio del tratamiento antirretroviral fue de 90.73 meses (DE=94.6; RIQ 6-438), aproximadamente la mitad de la muestra tenía 60 meses o más en tratamiento (49.32%), seguidos de 25-60 meses (21.72%), los hombres fueron quienes en su mayoría tenían \geq 60 meses de tratamiento (81.65%). Las mujeres tenían una mediana de 121.68 meses (DE=85.59), la mayor proporción de mujeres (18.25%) tenía \geq 60 meses, los hombres presentaron una mediana de 86.06 meses (DE=95.2). En cuanto a la evolución a SIDA, solo el 1.3% lo presentó,

correspondiendo el 100% de esta población a hombres. La mayoría de los participantes no tenían comorbilidades (88.2%), el 11.76% se identificó con alguna comorbilidad (diabetes, enfermedad renal, hepatitis), dentro de quienes presentaban comorbilidades, la mayoría eran hombres (76.92%). De acuerdo a los resultados de la última carga viral, mayoritariamente la población de estudio se encontraba con carga viral indetectable (86.4% de la muestra), seguidos de carga viral suprimida (8.4%) y de carga viral no suprimida (5.4%), la distribución de acuerdo al sexo muestra que la mayoría de los pacientes con carga viral no suprimida eran hombres (75%) y la mayor proporción de mujeres se encontraba con carga viral no suprimida (25%, respecto a 11.1% con carga viral suprimida y 12.5% con carga viral indetectable). El estado inmunológico basándose en el último recuento de células CD4/mm³ fue predominantemente normal, el 47.9% presentaba >500 CD4/mm³, seguido de inmunosupresión moderada (41.6%) y el 10.4% de la muestra registró estado de inmunosupresión severa, la mayor proporción de los participantes con inmunosupresión severa eran hombres (82.6%), mientras que las

Tabla 8. Características clínicas y distribución de acuerdo a sexo

Características clínicas y distribución de acuerdo a sexo (n=221)				
	n (%)	Mujer n (%)	Hombre n (%)	P value
Meses de tratamiento antirretroviral (Media, DE), (n=221)	90.73(DE=94.6) RIQ 6-438	Mdn 121.68 (DE=85.59) IC 95% (89.1-154.2)	Mdn 86.06 (DE=95.2) IC 95% (72.4-99.6)	0.03
6-12 meses	35 (15.84%)	2 (5.71%)	33 (33%)	
13-24 meses	29 (13.12%)	0 (0%)	29 (100%)	
25-60 meses	48 (21.72%)	7 (14.58%)	41 (85.42%)	
≥ 60 meses	109 (49.32%)	20 (18.25%)	89 (81.65%)	
Diagnóstico de SIDA				0.49
Si	3 (1.3%)	0 (0%)	3 (100%)	
No	218 (98.6%)	29 (13.3%)	189 (86.7%)	
Comorbilidades				0.11
Sin comorbilidades	195 (88.2%)	23 (11.7%)	172 (88.2%)	
Con comorbilidades (diabetes, hepatitis B, enfermedad renal)	26 (11.76%)	6 (28.5%)	20 (76.92%)	
Última carga viral				0.44
Indetectable	191 (86.4%)	24 (12.5%)	167 (87.4%)	

Carga viral suprimida (detectable, pero \leq 1000 copias/mL)	18 (8.4%)	2 (11.1%)	16 (88.8%)
Carga viral no suprimida (>1000 copias/mL)	12 (5.4%)	3 (25%)	9 (75%)
Estado inmunológico (último recuento CD4/mm³)	0.80		
Normal o leve inmunosupresión (>500 CD4/mm ³)	106 (47.9%)	13 (12.2%)	93 (87.7%)
Inmunosupresión moderada (200-499 CD4/mm ³)	92 (41.6%)	12 (13%)	80 (86.9%)
Inmunosupresión severa (< 200 CD4/mm ³)	23 (10.4%)	4 (17.3%)	19 (82.6%)
Adherencia a tratamiento antirretroviral	0.05		
Adherente	187 (84.6%)	21 (72.4%)	166 (86.4%)
No adherente	34 (15.3%)	8 (27.5%)	26 (13.5%)

Nota: Distribución de características sociales y demográficas de la población de estudio, considerando el sexo (hombre, mujer).

Mdn=Mediana; DE= Desviación estándar; RIQ= Rango intercuartílico; IC= Intervalo de confianza.

Valores de $p < 0.05$ se consideran estadísticamente significativos

mujeres presentaron una distribución similar en los tres estados inmunológicos, con inmunosupresión leve (12.2%), moderada (13%) y severa (17.3%). Finalmente, la mayor parte de la muestra de estudio era adherente al tratamiento antirretroviral (84.6%), en cuanto a la distribución por sexo se encontraron resultados similares, 86.4% de los hombres y el 72.4% de las participantes mujeres eran adherentes.

8.2 Características sociodemográficas y clínicas y su distribución de acuerdo a relación a adherencia al tratamiento antirretroviral

En la Tabla 3 se detallan las características sociodemográficas y su distribución en relación a la adherencia al tratamiento antirretroviral. En el análisis por edad, se observó que los participantes entre 18-29 años eran menos adherentes (27.08%), respecto al grupo de 30-49 años (12.80%) y el grupo de ≥ 50 años (10.42%), éste último grupo de edad presentó mayor proporción de adherencia (89.58%), seguido de 30-49 años con 87.20%, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.03$).

Se encontraron resultados similares en ambos sexos, la mayoría de los hombres (86.46%) fueron adherentes al tratamiento en los últimos tres meses, al igual que las mujeres de la muestra (72.41% fue adherente), de forma similar, quienes se identificaron como mujer cisgénero y hombre cisgénero presentaron la mayor proporción de adherencia (71.4% y 85.6%, respectivamente). Mientras que, de acuerdo a la orientación sexual, se observó homogeneidad en los grupos con tendencia a la adherencia terapéutica, aquellos que no respondieron y quienes se identificaron con orientación bisexual presentaron la mayor proporción de adherencia (90%), los que se identificaron como homosexuales (85%), y finalmente los heterosexuales (79.6%), dentro de este último grupo, fue donde se obtuvo el mayor porcentaje de no adherencia (20.3%) en comparación con los participantes no adherentes de los otros grupos, sin embargo no fue un resultado estadísticamente significativo. Se observó que tanto los participantes solteros como quienes tenían pareja presentaron mayor proporción de adherencia (con pareja: 87.27%; sin pareja: 83.73%), aunque este resultado no es significativo ($p=0.5$). Por otro lado, la tendencia de distribución de acuerdo al nivel educativo muestra inclinación por adherencia terapéutica, observándose resultados en el nivel superior/posgrado de 85.32%, seguido de nivel educativo básico (84.4%) y de medio superior (83.33%). Respecto a la ocupación, quienes eran profesionistas o tenían un trabajo relacionado a administración presentaron mayor proporción de adherencia (86.1% vs no adherencia 13.8%), similar al grupo de participantes que tenían un trabajo relacionado a actividades agrícolas, ganaderas, de construcción, actividades elementales de apoyo e industriales, (86.75% fueron adherentes y 13.25% no adherentes), aquellos que se dedicaban al comercio, servicios de vigilancia o empleados de ventas, presentaron mayor proporción dentro de los no adherentes (no adherentes: 25.93%; adherentes: 74.07%). Relacionado al lugar de residencia de los participantes, no se encontraron diferencias significativas entre ambas zonas, tanto aquellos que habitaban en zona rural (90%), como quienes vivían en zona urbana (83.5%) fueron adherentes. Por último, se observó mayor proporción de no adherencia en los pacientes sin religión (23%), mientras que los participantes que se identificaron como católicos tenían mayor proporción de adherencia (87.20% adherentes y 12.8% no adherentes), aunque estos resultados no presentaron un valor estadístico significativo ($p=0.19$).

Tabla 9. Factores sociodemográficos y distribución de acuerdo a la adherencia al tratamiento antirretroviral

Factores sociodemográficos y distribución de acuerdo a la adherencia al tratamiento antirretroviral (n=221)						
	Adherente al tratamiento (TAR) n (%)	No adherente al tratamiento (TAR) n (%)	<i>P</i> value	OR	IC 95%	
Edad			0.03			
18-29	35 (72.92%)	13 (27.08%)		1		
30-49	109 (87.20%)	16 (12.80%)		0.39	0.17-	0.90
≥50	43 (89.58%)	5 (10.42%)		0.31	0.10-	0.96
Sexo			0.51			
Mujer	21 (72.41%)	8 (27.59%)		1		
Hombre	166 (86.46%)	26 (13.54%)		0.41	0.16-	1.02
Identidad de género			0.30			
Mujer cisgénero	20 (71.4%)	8 (28.5%)		1		
Mujer trans	3 (100%)	0 (0%)		1		
Hombre cisgénero	155 (85.6%)	26 (14.3%)		0.41	0.16-	1.05
Hombre trans	1 (100%)	0 (0%)		1		
Otro	4 (100%)	0 (0%)		1		
Prefiero no responder	4 (100%)	0 (0%)		1		
Orientación sexual			0.58			
Heterosexual	43 (79.6%)	11 (20.3%)		1		
Homosexual	108 (85%)	19 (14.9%)		0.68	0.30-	1.56
Bisexual	27 (90%)	3 (10%)		0.43	0.11-	1.69
Prefiero no responder	9 (90%)	1 (10%)		0.43	0.04-	3.80
Estado civil			0.52			
Con pareja (casado, concubinato)	48 (87.27%)	7 (12.73%)		1		
Sin pareja (soltero, divorciado, separado, viudo)	139 (83.73%)	27 (16.27%)		1.33	0.54-	3.25
Nivel educativo			0.94			
Básica	49 (84.48%)	9 (15.52%)		1		
Media superior	45 (83.33%)	9 (16.67%)		1.08	0.39-	2.98
Superior/posgrado	93 (85.32%)	16 (14.68%)		0.93	0.38-	2.27
Ocupación			0.41			
Funcionarios, directores y	14 (82.35%)	3 (17.6%)		1		

jefes					
Profesionistas y técnicos, actividades administrativas	81 (86.1%)	13 (13.83%)	0.74	0.18-2.96	
Comerciantes, empleados en ventas, servicios profesionales y de vigilancia	20 (74.07%)	7 (25.93%)	1.63	0.35-7.43	
Actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, artesanía, construcción, operadores de maquinaria industrial, conductores, actividades elementales y de apoyo, otro	72 (86.75%)	11 (13.25)	0.71	0.17-2.88	
Lugar de residencia			0.27		
Rural (rancho o finca, caserío, poblado tradicional)	30 (90.91%)	3 (0.09%)	0.50	0.14-1.76	
Urbano (vivienda industrializada, barrio, colonia o fraccionamiento, albergue o campamento de trabajadores, otro tipo de localidad)	157 (83.51%)	31 (16.49%)	1		
Religión			0.19		
Católico	143 (87.20%)	21 (12.8%)	0.78	0.37-1.62	
Sin religión/sin adscripción religiosa	30 (76.92%)	9 (23.08%)			
Otras	14 (77.78%)	4 (22.22%)			
Nota: Distribución de características sociales y demografías de los participantes de acuerdo a la adherencias terapéutica al TAR. OR=Razón de momios; IC 95%=Intervalo de confianza al 95%					

Las características clínicas en relación a la adherencia terapéutica se muestran en Tabla 4; no se encontraron diferencias significativas en relación al estado inmunológico ($p=0.46$), se observó que fueron adherentes en mayor proporción quienes se encontraban con estado inmunológico normal o con inmunosupresión leve (87.7% adherentes y 12.26% no adherentes), seguido de los pacientes con inmunosupresión severa (82.6% adherentes y 17.39% no adherentes; $OR=1.5$; $IC\ 95\%: 0.44-5.12$) e inmunosupresión moderada (81.5% adherentes y 18.48% no adherentes; $OR=1.62$; $IC\ 95\%: 0.74-3.55$). De acuerdo a la carga viral, no se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p=0.78$), se observó que los pacientes con carga viral indetectable proporcionalmente eran más adherentes (84.29%), el 83.3% de la muestra con carga viral suprimida y el 91.67% de los

participantes con carga viral no suprimida fueron adherentes, se observó mayor riesgo de no adherencia en los pacientes con carga viral suprimida (OR=1.07; IC 95%:0.29-3.93), en relación a quienes presentaban carga viral no suprimida (OR=0.48, IC 95%:0.06-3.92). Respecto a la evolución a SIDA, aquellos que presentaban este estadio clínico eran adherentes (100%), mientras que el 84.4% de los pacientes sin SIDA eran adherentes, sin embargo, no fueron resultados significativos (p=0.45; OR=1). El 88.46% de aquellos que tenían alguna comorbilidad (diabetes, enfermedad renal, hepatitis) y el 84.1% de quienes no tenían comorbilidad eran adherentes, sin diferencias estadísticas significativas (p=0.56).

Finalmente, en cuanto al tiempo en tratamiento antirretroviral, no se observaron diferencias significativas (p=0.98), en el grupo donde se concentraba mayor número de pacientes (≥ 60 meses), el 84.4% eran adherentes, seguido del grupo de 25-60 meses, donde el 83.33% eran adherentes, y de aquellos con 6-12 meses (85.71%).

Tabla 10. Distribución de variables clínicas de acuerdo a la adherencia al tratamiento antirretroviral

Distribución de variables clínicas de acuerdo a la adherencia al tratamiento antirretroviral (n=221)					
	Adherente al tratamiento (TAR) n (%)	No adherente al tratamiento (TAR) n (%)	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>95% IC</i>
Estado inmunológico (último recuento CD4/mm³)			0.46		
Normal o leve inmunosupresión (>500 CD4/mm ³)	93 (87.7%)	13 (12.26%)		1	
Inmunosupresión moderada (200-499 CD4/mm ³)	75 (81.5%)	17 (18.48%)		1.62	0.74-3.55
Inmunosupresión severa (< 200 CD4/mm ³)	19 (82.6%)	4 (17.39%)		1.5	0.44-5.12
Última carga viral			0.78		
Indetectable	161 (84.29%)	30 (15.71%)		1	
Carga viral suprimida (detectable, pero ≤ 1000 copias/mL)	15 (83.3%)	3 (16.67%)		1.07	0.29-3.93
Carga viral no suprimida (>1000 copias/mL)	11 (91.67%)	1 (8.33%)		0.48	0.06-3.92
Diagnóstico de SIDA			0.45		
No	184 (84.4%)	34 (15.6%)		1	
Si	3 (100%)	0 (0%)		1	
Comorbilidades			0.56		
Sin comorbilidades	164 (84.1%)	31 (15.9%)		1	

Con comorbilidades (diabetes, hepatitis B, enfermedad renal)	23 (88.46%)	3 (11.54%)	0.69	0.19-2.43
Meses de tratamiento antirretroviral			0.98	
6-12 meses	30 (85.71%)	5 (14.29%)	1	
13-24 meses	25 (86.21%)	4 (13.79%)	0.96	0.23-3.96
25-60 meses	40 (83.33%)	8 (16.67%)	1.2	0.35-4.03
≥ 60 meses	92 (84.40%)	17 (15.60%)	1.10	0.37-3.26

Nota: Distribución de características clínicas de acuerdo a la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR).
 OR: odds ratio; IC 95%= Intervalo de confianza al 95%. Los OR se calcularon tomando como referencia el primer valor de cada variable.

En la Tabla 5 se desglosa riesgo de consumo de sustancias. Se observa prevalencia de riesgo bajo de consumo en todas las incluidas, tabaco (55.66%), alcohol (91.40%), cannabis (87.7%), cocaína (96.83%), estimulantes tipo anfetamina (95.93%), inhalantes (98.64%), sedantes (93.21%), alucinógenos (99.5%), opiáceos (99.55%); 44.34% de los participantes presentaron un riesgo moderado de consumo de tabaco, el 8.14% riesgo moderado/alto de consumo de alcohol y el 12.22% riesgo moderado/alto de consumo de cannabis. En relación a la adherencia al tratamiento, en el caso del tabaco, 86.99% de los consumidores de riesgo bajo y 81.63% para los de riesgo moderado eran adherentes, sin diferencias significativas (p=0.27; OR=1.50; IC 95%: 0.72-3.13). Para los consumidores de alcohol, se identificó asociación entre mayor riesgo de consumo y menor adherencia (42.11% de quienes tenían un consumo moderado/alto eran no adherentes; p=0.00; OR=4.92; IC 95%: 1.81-13.37). El riesgo de consumo de cannabis no se asoció con la adherencia de manera significativa (el 76.92% de quienes tenían un riesgo moderado/alto eran adherentes; p=0.47; OR= 1.69; IC 95%: 0.62-4.65). En cuanto al riesgo de consumo de estimulantes tipo anfetaminas, se estableció una asociación significativa con la no adherencia (55.56% de los pacientes con riesgo moderado eran no adherentes, p=0.0, OR=7.78; IC 95%: 2.0-31.1). El riesgo moderado de consumo de inhalantes presento 33.3% de pacientes no adherentes, sin embargo, la asociación no se consideró significativa (p=0.38, OR=2.80; IC 95%: 0.24-31.8). La mayor proporción de pacientes con consumo de sedantes eran adherentes (85.9% en pacientes de riesgo bajo y el 66.6% de pacientes con riesgo moderado de consumo), sin establecerse una asociación significativa entre el consumo y la adherencia (p=0.46). Respecto al consumo de alucinógenos, no se identificó una asociación significativa con la adherencia (p=0.66),

tanto en riesgo bajo como moderado la mayor proporción de pacientes eran adherentes (84.5% y 100% respectivamente), de manera similar, el riesgo de consumo de opiáceos no se asoció con la adherencia (p=0.66).

Tabla 11. Riesgo de consumo de sustancias psicoactiva y asociación con adherencia al tratamiento antirretroviral

Riesgo de consumo de sustancias psicoactiva y asociación con adherencia al tratamiento antirretroviral (n=221)						
	N (%)	Adherente al TAR	No adherente al TAR	p value	OR	95%
Tabaco				0.27		
Riesgo bajo	123 (55.66%)	107 (86.99%)	16 (13.01%)		1	
Riesgo moderado	98 (44.34%)	80 (81.63%)	18 (18.37%)		1.50	0.72-3.13
Alcohol				0.00		
Riesgo bajo	202 (91.40%)	176 (87.13%)	26 (12.87%)		1	
Riesgo medio/alto	18 (8.14%)	11 (57.89%)	8 (42.11%)		4.92	1.81-13.37
Cannabis				0.47		
Riesgo bajo	194 (87.78%)	166 (85.57%)	28 (14.43%)		1	
Riesgo moderado/alto	27 (12.22%)	20 (76.92%)	6 (23.08%)		1.69	0.62-4.56
Cocaína				0.32		
Riesgo bajo	214 (96.83%)	182 (85.0%)	32 (14.9%)		1	
Riesgo moderado	7 (3.17%)	5 (71.4%)	2 (28.5%)		2.27	0.42-12.23
Estimulantes de tipo anfetamina				0.00		
Riesgo bajo	212 (95.93%)	183 (86.32%)	29 (13.68%)		1	
Riesgo moderado	9 (4.07%)	4 (44.44%)	5 (55.56%)		7.78	2.0-31.1
Inhalantes				0.38		
Riesgo bajo	218 (98.64%)	185 (84.56%)	33 (15.14%)		1	
Riesgo moderado	3 (1.36%)	2 (66.67%)	1 (33.33%)		2.80	0.24-31.8
Sedantes				0.46		
Riesgo bajo	206 (93.21%)	177 (85.92%)	29 (14.08%)		1	
Riesgo moderado	15 (6.79%)	10 (66.67%)	5 (33.33%)		3.05	0.97-9.57
Alucinógenos				0.66		

Riesgo bajo	220 (99.55%)	186 (84.55%)	34 (15.45%)	1
Riesgo moderado	1 (0.45%)	1 (100%)	0 (0%)	1
Opiáceos				0.66
Riesgo bajo	220 (99.55%)	186 (84.55%)	34 (15.45%)	1
Riesgo moderado	1 (0.45%)	1 (100%)	0 (0%)	1

Clasificación de riesgo de consumo de sustancias con base en el cuestionario ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), agrupado en riesgo bajo y riesgo moderado/alto. OR=odds ratio (estiman la asociación con la adherencia al tratamiento antirretroviral, considerando el grupo de riesgo bajo como referencia. IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; Se considera un valor p significativo <0.05

8.3 Mecanismos de estigma relacionado con el VIH y adherencia al tratamiento antirretroviral

En la Tabla 5 se desglosan los resultados de cada mecanismo de estigma y de estigma total y además los resultados del análisis de regresión logística bivariado de los mecanismos de estigma y su relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral. El estigma promulgado presentó una mediana de 5.24 (DE=3.0; RIQ 0-17), en la subescala de estigma promulgado en la familia mediana de 1.91 (DE=1.72; RIQ 0-9), en estigma promulgado en personal de salud mediana de 5.73 (DE=2.81; RIQ 0-15). El estigma internalizado obtuvo una mediana de 12.49 (DE=5.63; RIQ 0-28). El estigma anticipado presentó una mediana de 11.11 (DE=4.51; RIQ 0-27), las respectivas subescalas, estigma anticipado en la familia mediana de 5.38 (DE=2.67; RIQ 0-15) y estigma anticipado en el personal de salud, mediana 5.7 (DE=2.81; RIQ 0-15). El estigma total relacionado con el VIH obtuvo una mediana de 28.85 (DE=8.64; RIQ 0-56). Respecto a los resultados del análisis de regresión logística, se identificó una asociación significativa del estigma internalizado con la no adherencia al tratamiento (OR=1.08; IC 95%:1.01-1.15; p=0.013), mientras que estigma promulgado no mostró asociación significativa en la escala total (OR=0.96; IC 95%:0.85-1.08; p=0.5), ni en las subescalas (en la familia: OR=0.92; IC 95%:0.74-1.15; p=0.5; en personal de salud: OR=0.97; IC 95%: 0.77-0.82; p=0.77). El estigma anticipado tampoco presentó una asociación significativa con la no adherencia en la escala total (OR=1.01; IC 95%: 0.93-1.10; p=0.7) ni en las subescalas (estigma anticipado en la familia: OR=0.97; IC 95%: 0.85-1.12; p=0.7; estigma anticipado en el personal de salud: OR=1.05; IC 95%: 0.93-1.19; p=0.3).

Tabla 12. Estigma relacionado con el VIH y adherencia

Estigma relacionado con el VIH y adherencia	Mdn (DE)	RIQ	OR	IC 95%	p value
--	----------	-----	----	--------	---------

Estigma promulgado	5.24 (3.0)	0-17	0.96	0.85-1.08	0.5
Estigma promulgado en la familia	1.91 (1.72)	0-9	0.92	0.74-1.15	0.5
Estigma promulgado en personal de salud	5.73 (2.81)	0-15	0.97	0.77-0.82	0.77
Estigma internalizado	12.49 (5.63)	0-28	1.08	1.01-1.15	0.013
Estigma anticipado	11.11 (4.51)	0-27	1.01	0.93-1.10	0.7
Estigma anticipado en la familia	5.38 (2.67)	0-15	0.97	0.85-1.12	0.7
Estigma anticipado en el personal de salud	5.7 (2.81)	0-15	1.05	0.93-1.19	0.3
Estigma (total) relacionado con el VIH	28.85 (8.64)	0-56			

Nota: Resultados de mecanismos de estigma y su relación/distribución de acuerdo a la adherencia al TAR.

Mdn=Mediana; DE= Desviación estándar; RIQ= Rango intercuartílico; OR= odds ratio; IC 95%= Intervalo de confianza al 95%. Los OR estiman la asociación de cada mecanismo de estigma con la adherencia al tratamiento antirretroviral.

8.4 Asociación de características sociodemográficas, clínicas y de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas con la no adherencia al tratamiento antirretroviral

El modelo de regresión logística multivariada (n=217) se presenta en la Tabla 7. Se observó que los pacientes con mayor nivel de estigma internalizado, presentaron 1.12 veces mayor probabilidad de no adherencia al tratamiento (OR=1.12; IC 95%: 1.0-1.23; p=0.00), con respecto al sexo, los hombres tuvieron menor probabilidad de no adherencia en comparación con las mujeres (OR=0.20; IC 95%:0.05-0.85; p=0.03). Los participantes de edad entre 30-49 y ≥50 años, presentaron menor probabilidad de no adherencia (OR=0.11; IC 95%: 0.02-0.48; p=0.00; OR=0.11; IC 95%: 0.02-0.68; p=0.01, respectivamente), en comparación con el grupo de entre 18-29 años. Respecto a variables clínicas, se observó 3.98 veces mayor probabilidad de no adherencia en los pacientes con inmunosupresión moderada (OR=3.98; IC 95%: 1.27-12.12.4) y menor probabilidad de no adherencia en quienes presentaban una carga viral no suprimida (OR=0.03; IC 95%: 0.00-0.77; p=0.03). El consumo de alcohol con riesgo moderado, se asoció con 9.84 veces mayor probabilidad de no adherencia al tratamiento (OR=9.84; IC 95%: 02.60-37.10; p=0.00), de manera similar, el consumo de cocaína con riesgo moderado se asoció con 13.22 veces mayor probabilidad de no adherencia (OR=13.22; IC 95%: 1.19-146.52; p=0.03); el riesgo moderado/alto de consumo de cannabis se asoció

con 0.27 menor probabilidad de no adherencia (OR=0.25; IC 95%: 0.07-1.03; p=0.05), mientras que el riesgo moderado por consumo de estimulantes tipo anfetaminas se asoció con 191.76 veces mayor probabilidad de no adherencia (OR=191.76; IC 95%: 21.97-167; p=0.00). Las variables que no presentaron una asociación estadística significativa con la no adherencia fueron estigma promulgado (OR=0.91; IC 95%: 0.74-1.12;p=0.39), estigma anticipado (OR=0.90; IC 95%: 0.79-1.01; p=0.09); ocupación: profesionistas (OR=0.53; IC 95%: 0.09-3.08; p=0.48), comerciantes y empelados en ventas (OR=0.97; IC 95%: 0.13-7.0; p=0.97), trabajadores en actividades agrícolas (OR=0.20; IC 95%: 0.02-1.86; p=0.15); nivel educativo: educación media superior (OR=0.84; IC 95%: 0.17-4.05; p=0.83), nivel superior/posgrado (OR=1.2; IC 95%: 0.25-6.06; p=0.79); estado civil: sin pareja (OR=0.98; IC 95%: 0.24-3.92; p= 0.98); lugar de residencia rural (OR=0.94; IC 95%: 0.18-4.71; p=0.94); religión católica (OR=0.71; IC 95%: 0.22-2.20; p= 0.55), otras adscripciones religiosas (OR=0.41; IC 95%: 0.07-2.46; p=0.33); estado de inmunosupresión severa (OR=3.80; IC 95%: 0.62-23.02; p=0.14); carga viral suprimida (OR=0.46; IC 95%: 0.08-3.00; p=0.46); duración de tratamiento antirretroviral: 13-24 meses (OR=0.32; IC 95%: 0.05-1.84; p=0.20); 25-60 meses (OR=0.57; IC 95%: 0.06-4.95; p=0.61); ≥ 60 meses (OR=1.32; IC 95%: 0.25-6.87; p=0.73). Presentar comorbilidad (OR=0.33; IC 95%: 0.05-2.11; p=0.24); riesgo moderado de consumo de tabaco (OR=1.13; IC 95%: 0.42-3.01; p=0.80); riesgo moderado de consumo de inhalantes (OR=0.19; IC 95%: 0.01-3.46; p=0.26); riesgo moderado de consumo de sedantes (OR=4.18; IC 95%: 0.57-30.70; p=0.15).

Tabla 13. Modelo de regresión logística multivariada de los factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral

Modelo de regresión logística multivariada de los factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral (n=217)			
	aOR	IC 95%	p value
Estigma promulgado	0.91	0.74-1.12	0.39
Estigma internalizado	1.12	1.0-1.23	0.00
Estigma anticipado	0.90	0.79-1.01	0.09
Sexo			
Hombre	0.20	0.05-0.85	0.03
Mujer	1		
Edad			
18-29	1		
30-49	0.11	0.02-0.48	0.00
≥50	0.11	0.02-0.68	0.01
Ocupación			

Funcionarios, directores y jefes	1		
Profesionistas y técnicos, actividades administrativas	0.53	0.09-3.08	0.48
Comerciantes, empleados en ventas, servicios profesionales y de vigilancia	0.97	0.13-7.0	0.97
Actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, artesanía, construcción, operadores de maquinaria industrial, conductores, actividades elementales y de apoyo, otro	0.20	0.02-1.86	0.15
Nivel educativo			
Básica	1		
Media superior	0.84	0.17-4.05	0.83
Superior/posgrado	1.2	0.25-6.06	0.79
Estado civil			
Con pareja (casado, concubinato)	1		
Sin pareja (soltero, divorciado, separado, viudo)	0.98	0.24-3.92	0.98
Lugar de residencia			
Rural (rancho o finca, caserío, poblado tradicional)	0.94	0.18-4.71	0.98
Urbano (vivienda industrializada, barrio, colonia o fraccionamiento, albergue o campamento de trabajadores, otro tipo de localidad)	1		
Religión			
Católico	0.71	0.22-2.20	0.55
Sin religión	1		
Otras	0.41	0.07-2.46	0.33
Estado inmunológico (último recuento CD4/mm³)			
Normal o leve inmunosupresión (>500 CD4/mm ³)	1		
Inmunosupresión moderada (200-499 CD4/mm ³)	3.98	1.27-12.40	0.01
Inmunosupresión severa (< 200 CD4/mm ³)	3.80	0.62-23.02	0.14
Última carga viral			
Indetectable	1		
Carga viral suprimida (detectable, pero ≤ 1000 copias/mL)	0.51	0.08-3.00	0.46
Carga viral no suprimida (>1000 copias/mL)	0.03	0.00-0.77	0.03
Diagnóstico de SIDA			
No	1		
Si	1		
Meses de tratamiento antirretroviral			
6-12 meses	1		
13-24 meses	0.32	0.05-1.84	0.20

25-60 meses	0.57	0.06-4.95	0.61
≥ 60 meses	1.32	0.25-6.87	0.73
Comorbilidades			
Sin comorbilidades	1		
Con comorbilidades (diabetes, hepatitis B, enfermedad renal)	0.33	0.05-2.11	0.24
Riesgo tabaco			
Bajo	1		
Moderado	1.13	0.42-3.01	0.80
Riesgo alcohol			
Bajo	1		
Moderado/Alto	9.84	2.60-37.10	0.00
Riesgo cocaína			
Bajo	1		
Moderado	13.22	1.19-146.52	0.03
Riesgo cannabis			
Bajo	1		
Moderado/alto	0.27	0.07-1.03	0.05
Riesgo anfetaminas			
Bajo	1		
Moderado	191.76	21.97-1673.4	0.00
Riesgo inhalantes			
Bajo	1		
Moderado	0.19	0.01-3.46	0.26
Riesgo sedantes			
Bajo	1		
Moderado	4.18	0.57-30.70	0.15
Riesgo alucinógenos			
Bajo	1		
Moderado	1		
Riesgo opiáceos			
Bajo	1		
Moderado	1		

Modelo de regresión logística multivariada con errores estándar robustos. aOR: Razón de momios ajustados (odds ratio); IC 95% intervalo de confianza del 95%. Variable dependiente: adherencia al tratamiento antirretroviral.

Tabla 14. Modelo de regresión logística multivariada de los de factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral

Modelo de regresión logística multivariada de los de factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral (n=217)			
	aOR	IC 95%	p value
Riesgo consumo de estimulantes tipo anfetamina			
Moderado	12.77	2.97-54.92	0.001
Riesgo consumo de alcohol			
Moderado/Alto	6.2	2.27-17.04	0.00
Sexo			
Hombre	0.38	0.15-0.94	0.38

Modelo de regresión logística (forward) con estimadores robustos. aOR=odds ratio ajustado; IC 95%=

intervalo de confianza al 95%

Tabla 15. Modelo reducido de predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral

Modelo reducido de predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral (n=217)			
	aOR	IC 95%	p value
Riesgo consumo de estimulantes tipo anfetamina			
Moderado	41.38	7.07-242.13	0.00
Estigma internalizado			
	1.08	1.01-1.16	0.02
Ocupación			
Actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, artesanía, construcción, operadores de maquinaria industrial, conductores, actividades elementales y de apoyo, otro	0.27	0.09-0.80	0.01
Sexo			
Hombre	0.19	0.05-0.66	0.00
Edad			
30-49	0.24	0.09-0.64	0.00
≥50	0.33	0.09-1.17	0.08
Riesgo consumo de alcohol			
Moderado/Alto	6.75	2.20-20.57	0.00
Estado inmunológico (último recuento CD4/mm³)			
Inmunosupresión moderada (200-499 CD4/mm ³)	2.23	0.96-5.18	0.06

Nota: Modelo de regresión logística múltiple con selección backward (p<0.10).
 Abreviaturas: aOR=odds ratio ajustados; IC 95%= Intervalo de confianza de 95%; se considera significativo un valor de p <0.05

En la tabla 9, se desglosa el modelo reducido de variables relacionadas con la no adherencia al tratamiento antirretroviral. Se identifica que los pacientes con riesgo moderado de consumo de estimulantes tipo anfetamina tenían 41.38 veces mayor probabilidad de falta de adherencia al tratamiento (OR=41.38; IC 95%: 7.07-242.13; p=0.00); el estigma internalizado se asoció significativamente con la no adherencia (OR=1.08; IC 95%: 0.09-0.80; p=0.02), el grupo de participantes que se dedicaban a actividades agrícolas, ganaderas, de caza, pesca actividades industriales, entre otras, tenían menor probabilidad de no adherirse al tratamiento (OR=0.27; IC 95%: 0.090.80; p=0.00). Los hombres presentaron menor probabilidad de no adherencia (OR=0.19, IC 95%: 0.05-0.66; p=0.00); la edad entre 30-49 años se asoció con menor probabilidad de no adherencia (OR=0.24; IC 95%: 0.09-0.64; p=0.00). El riesgo moderado/alto de

consumo de alcohol se asoció de manera significativa ($p=0.00$) con mayor probabilidad de no adherencia (OR=6.75; IC 95%: 2.20-20.57).

Tabla 16. Modelo reducido (stepwise) de predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral

Modelo reducido (stepwise) de predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral (n=217)			
	aOR	IC 95%	p value
Riesgo consumo inhalantes			
Moderado	0.11	0.01-0.94	0.04
Estigma internalizado			
	1.09	1.01-1.17	0.01
Riesgo consumo de estimulantes tipo anfetaminas			
Moderado	50.65	8.35-307.03	0.00
Estado inmunológico (último recuento CD4/mm³)			
Inmunosupresión moderada (200-499 CD4/mm ³)	2.38	1.02-5.58	0.04
Ocupación			
Actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, artesanía, construcción, operadores de maquinaria industrial, conductores, actividades elementales y de apoyo, otro	0.27	0.09-0.77	0.01

Nota: Modelo de regresión logística múltiple con selección stepwise ($p<0.10$). Se consideraron significativos valores de $p<0.05$.
Abreviaturas: aOR=odd ratio ajustado; IC 95%=Intervalo de confianza al 95%.

Tabla 17. Comparación de modelos de regresión logística para adherencia al tratamiento antirretroviral

Comparación de modelos de regresión logística para adherencia al tratamiento antirretroviral					
Modelo	n	Pseudo R ²	AIC	BIC	AUC
Completo	217	0.321	189.9	294.6	0.860
Forward	217	0.132	173.3	186.8	0.679
Backward	217	0.229	163.2	193.7	0.820
Stepwise	217	0.237	163.8	197.6	0.822

n=número de observaciones; Pseudo R²= coeficiente de determinación ajustado para regresión logística; AIC= Criterio de Información de Akaike; BIC= Criterio de Información de Bayesiano; AUC=Área bajo la curva ROC.

En la tabla 11 se presenta la comparación de los modelos de regresión logística, se observa que el modelo completo (Tabla 7), se explica la mayor variabilidad de la adherencia (Pseudo R²=0.321) y discrimina mejor entre variables (UC=0.860), sin embargo, el modelo backward (Tabla 9) y stepwise (Tabla 10) logran un mejor balance, con aceptable capacidad discriminativa (AUC>0.80) y menor complejidad (AIC y BIC más

bajos; AIC=163.2 y BIC=193.7; AIC=163.8 y BIC=197.6, respectivamente). El modelo forward es menos sugerido por que presenta bajo AUC (0.679) y Pseudo R2 (0.132).

9. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue estudiar la asociación de los mecanismos de estigma con la adherencia a la terapéutica antirretroviral en pacientes que viven con VIH. Encontramos altos niveles de estigma relacionado con el VIH, con prevalencia significativa del mecanismo internalizado de estigma, seguido del anticipado y promulgado. Un mayor nivel de estigma internalizado se asoció con mayor probabilidad de no adherencia terapéutica. Las mujeres presentaron mayor probabilidad de no adherencia en comparación con los hombres. Se observó que a mayor edad había menor probabilidad de no adherirse. Se encontró mayor probabilidad de no adherencia en los pacientes con inmunosupresión moderada. El consumo de alcohol con riesgo moderado/alto, el de cocaína y estimulantes de tipo anfetaminas con riesgo moderado se relacionó con un aumento significativo en la probabilidad de no adherencia, contrariamente, el consumo de cannabis con riesgo moderado se asoció con menor probabilidad de no adherirse.

En investigaciones previas, se han encontrado resultados heterogéneos Jimenez-Rigarvoza y colaboradores (2024) (59), en su estudio realizado en una población mexicana, no encontró una relación de la edad con la adherencia terapéutica, las personas adherentes tenían menos años en tratamiento antirretroviral y, en cuanto al estigma, destacó asociación de tres tipos de estigma, incluyendo el internalizado, anticipado y promulgado con la adherencia, siendo el estigma internalizado el que menor asociación presentó, contrario a nuestros resultados pero coincidiendo con los hallazgos de Peltzer Karl y colaboradores 2010 (60), donde tampoco se identificó una asociación entre el mecanismo de estigma internalizado y la adherencia terapéutica. En el trabajo de Sumari-de Boer IM y colaboradores (2011) de manera similar a nuestros hallazgos, las mujeres presentaron menor probabilidad de adherencia al tratamiento y el estigma internalizado se asoció significativamente con el incumplimiento terapéutico (61).

En el estudio de Andrea López (2022) (51), donde se realizó la evaluación de confiabilidad de la escala de mecanismos de estigma del VIH, se encontraron puntajes bajos de los mecanismos de estigma anticipado y promulgado y puntajes medios de estigma internalizado, atribuyéndose como posible factor de acuerdo a las características de la población, el hecho de que la mayoría de la muestra no había revelado su condición a la

tesis tesis tesis tesis tesis

familia, las diferencias encontradas respecto al mecanismo de estigma de las diferentes poblaciones puede relacionarse con las diferencias individuales de las personas, los factores psicosociales e interpersonales intervienen en el proceso de internalización del estigma (62), L Fazeli Pariya y colaboradores (2018), realizaron un estudio con el propósito de entender la formación y la perpetuación del estigma internalizado, encontrando que las experiencias de discriminación percibidas por las personas que viven con condición de VIH, predicen el estigma internalizado, sugieren que si bien, las personas pueden presentar estigma internalizado en base a sus propios juicios, las experiencias reales de discriminación actúan reforzando este mecanismo de estigma (62). La relación de la asociación entre la falta de adherencia en el tratamiento podría explicarse por el estigma internalizado pero también por otros factores, como el ámbito de salud mental de los pacientes, Mugo C y colaboradores (2024) estudiando cuatro dominios de estigma, entre ellos el estigma internalizado, encontró que los pacientes con síntomas de depresión tenían puntuaciones más altas de estigma en general y el estigma internalizado se relacionaba a mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos (63).

Otro factor que se ha establecido como mediador de la adherencia terapéutica y su relación con el estigma internalizado, fue descrito en el trabajo de Helmes C Blakes y colaboradores (2018) quienes describen la implicación por ser visto tomando el medicamento para el VIH en la percepción de estigma internalizado y falta de apego al tratamiento antirretroviral (64).

Nuestros hallazgos establecieron la asociación de la falta de adherencia con el mecanismo de estigma internalizado y también se demostró la implicación del uso de sustancias en la falta de adherencia terapéutica; Levi.Minzi A María y colaboradores (2024) en su estudio realizado en población indígena que viven con VIH en Florida (USA) encontraron relación de mayor percepción general de estigma en aquellos pacientes con dependencia de sustancias (65), difiriendo de ese hecho, Loutfy MR y colaboradores (2012), en su trabajo realizado en una población de personas que viven con VIH en Ontario, Canadá, describieron menor nivel de estigma general en aquellos pacientes que consumían alcohol (66). Armoon, B y colaboradores (2022) tampoco establecieron una asociación de los trastornos por consumo de alcohol y es estigma relacionado al VIH. En futuras investigaciones en nuestra población que vive con VIH, podría plantearse el estudio de la implicación del uso de sustancias en los mecanismos de estigma relacionados al VIH.

Los participantes del estudio con sexo femenino, presentaron en nuestra investigación menor adherencia al tratamiento antirretroviral en comparación con los hombres que viven con VIH. En otras poblaciones de personas que viven con diagnóstico de VIH, se han encontrado niveles más altos de estigma total en el género femenino (66). Se ha vinculado este hecho con la idea de que las mujeres que viven con VIH son indignas y sucias y por lo tanto son señaladas y merecedoras de sentimientos de vergüenza al suponer que tienen conductas sexuales desviadas, como trabajo sexual y promiscuidad (67). En nuestros resultados, se puede evidenciar que la población que correspondía a mujeres, el nivel educativo era menor en comparación con los hombres, la mayoría había logrado concluir solo educación básica, por lo que en esta población éste podría ser un limitante a la adherencia terapéutica, por lo que éste podría ser un planteamiento para futuras investigaciones.

10. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Entre las limitaciones del estudio, se encuentra en primera instancia el hecho de que la muestra no es representativa, ya que las personas incluidas fueron aquellas que acudían a consulta médica con regularidad, lo que limita estudiar a aquellos que probablemente no se adhieren al tratamiento porque no asisten a la consulta y tienen desbaste del medicamento. Otro sesgo se relaciona a la veracidad de la información relacionada a la adherencia al tratamiento, la cual pudo haber sido manipulada por el paciente por temor a consecuencias en la interacción médico paciente, al igual que los resultados de la escala de mecanismos de estigma, sobre todo considerando la subescala de estigma anticipado y promulgado en el personal de salud, información que también pudo haber sido afectada por temor a repercusiones en la atención médica. Esta investigación también consideró registros de resultados de laboratorio, los cuales podían ser desconocidos por los pacientes, por lo que hay una posibilidad de sesgo de información en este sentido y se reduce la confiabilidad de los resultados clínicos.

Una de las fortalezas relevantes de este estudio es que se utilizaron escalas de adherencia terapéutica y de mecanismos de estigma validadas en la población mexicana, las cuales además presentan adecuados índices de confiabilidad, además, se realizó una corroboración de los resultados de laboratorio incluidos en el estudio.

11. CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este estudio indican la presencia de los tres mecanismos de estigma estudiados en la investigación, el estigma promulgado, anticipado e internalizado, siendo este último mecanismo el que presentó una asociación con la adherencia terapéutica, incrementando la posibilidad de adherencia deficiente al tratamiento antirretroviral en los pacientes que viven con VIH/SIDA. Otros factores encontrados en este estudio, relacionados a la no adherencia, fue el sexo femenino, la edad de entre 18 y 29 años, el estado de inmunosupresión moderada y el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, estimulantes tipo anfetaminas y cocaína, mientras que el consumo de cannabis mostró un efecto protector en la adherencia al tratamiento. Estos resultados refuerzan la necesidad de considerar e identificar a los grupos de personas vulnerables que viven con VIH, aunque en otras investigaciones se han encontrado diferencias relacionadas a características específicas de la población y a factores socioculturales, también se han demostrado similitudes en cuanto a grupos de población con mayor susceptibilidad tanto de presentar estigma como de falta de adherencia al tratamiento. La mayor condición de riesgo para las mujeres, sugiere la necesidad de incorporar estrategias de prevención con enfoque de género. La prevalencia del estigma internalizado como aspecto asociado a la falta de adherencia a la terapéutica antirretroviral, apoya la relevancia de atender tanto los aspectos clínicos como la necesidad de educación en salud para las personas que viven con condición de VIH y para la población de su entorno, las experiencias de discriminación y auto estigmatización y el abuso de sustancias son otros ámbitos de oportunidad.

Esta investigación aporta información que contribuye al entendimiento de los mecanismos de estigma en nuestra población de estudio, sin embargo, al ser un estudio transversal, puede verse limitada la relación de causalidad, por lo que podrían sugerirse futuras investigaciones de características longitudinales y cualitativas que indaguen en los mecanismos de estigma, incluso considerando dirigir el estudio a poblaciones de riesgo ya identificadas en la presente investigación. En la práctica clínica podrían implementarse intervenciones encaminadas reducir el estigma en entornos de salud, fortalecer la educación de temas de enfermedades por transmisión sexual, fortalecer el acompañamiento psicosocial, contemplando poblaciones de personas que viven con condición de VIH de acuerdo a género, edad, consumo de sustancias, nivel educativo,

con el fin de mejorar la adherencia terapéutica antirretroviral y el estado de salud de las personas que viven con condición de VIH.

12. GLOSARIO

Adherencia al tratamiento antirretroviral: Conjunto de conductas que una persona adopta en relación con la administración de sus medicamentos, la alimentación y los cambios en su estilo de vida, siguiendo las recomendaciones emitidas por el personal de salud. (Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, OMS) (22).

Estigma relacionado al VIH: Es la combinación de creencias, actitudes y acciones contra las personas que viven con condición de VIH/SIDA. Implica un fenómeno social que contribuye a una gama de respuestas psicológicas que hace que las personas se den cuenta de que tienen una característica social devaluada (24).

Estigma promulgado: Estigma que denota el grado en que las personas que viven con VIH/SIDA creen haber presentado prejuicios y exclusión en la comunidad por parte de otras personas (10).

Estigma anticipado: Hace alusión al grado de estigma que las personas con VIH/SIDA esperan experimentar en el futuro, en forma de discriminación y prejuicios por parte de las demás personas (10).

Estigma internalizado: Corresponde al nivel en que las personas con VIH/SIDA apoyan los sentimientos y creencias negativas sobre sí mismos (10).

13. REFERENCIAS

1. ONUDISA. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2024. 2024 [cited 2025 Aug 24]. p. 15–25 La urgencias del ahora: el sida frente a una encrucijada. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_es.pdf
2. Luz PM, Veloso VG, Grinsztejn B. The HIV epidemic in Latin America: accomplishments and challenges on treatment and prevention. *Curr Opin HIV AIDS* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2025 Sep 22];14(5):366. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6688714/>
3. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS Behav* [Internet]. 2009 Dec [cited 2025 Aug 24];13(6):1160. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4511707/>
4. Matos VC, Torres TS, Luz PM. Adherence to antiretroviral therapy among cisgender gay, bisexual and other men who have sex with men in Brazil: Evaluating the role of HIV-related stigma dimensions. *PLoS One*. 2024 Aug 1;19(8).
5. Yigit I, Paulino-Ramírez R, Waters J, Long DM, Turan JM, Budhwani H. A Moderated Mediation Analysis of HIV and Intersectional Stigmas and Antiretroviral Adherence in People Living with HIV in the Dominican Republic. *AIDS Behav*. 2024 Oct 1;
6. Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, Amico KR, Copenhaver MM. HIV Stigma Mechanisms and Well-Being among PLWH: A Test of the HIV Stigma Framework. *AIDS Behav* [Internet]. 2013 Jun [cited 2025 May 24];17(5):1785. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3664141/>
7. Jiménez-Rivagorza L, Orozco R, Medina-Mora ME, Rafful C. HIV-Related Stigma and Treatment Adherence Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men Who Use Crystal Meth in the Metropolitan Area of Mexico City. *Arch Sex Behav*. 2024 Apr 1;53(4):1561–74.
8. Peltzer K, Friend-Du Preez N, Ramlagan S, Anderson J. Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health* [Internet]. 2010 Mar 5 [cited 2025 May 10];10(1):1–10. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-111>
9. Sumari-De Boer IM, Sprangers MAG, Prins JM, Nieuwkerk PT. HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. *AIDS Behav*. 2012 Aug;16(6):1681–9.
10. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS Behav* [Internet]. 2009 Dec [cited 2025 May 2];13(6):1160. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4511707/>

11. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* [Internet]. 2003 [cited 2025 May 2];57(1):13–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12753813/>
12. Deacon H. Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *J Community Appl Soc Psychol* [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2025 May 2];16(6):418–25. Available from: [/doi/pdf/10.1002/casp.900](https://doi.org/10.1002/casp.900)
13. Scambler G, Hopkins A. Being epileptic: coming to terms with stigma. *Sociol Health Illn* [Internet]. 1986 Mar 1 [cited 2025 May 2];8(1):26–43. Available from: [/doi/pdf/10.1111/1467-9566.ep11346455](https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11346455)
14. Pitchumoni CS, Brun A. HIV and AIDS. *Geriatric Gastroenterology* [Internet]. 2024 Jul 27 [cited 2025 Apr 27];659–66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534860/>
15. Briggs JAG, Kräusslich HG. The Molecular Architecture of HIV. *J Mol Biol* [Internet]. 2011 Jul 22 [cited 2025 Apr 27];410(4):491–500. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022283611004360>
16. Farago D, Triantafilo J, Martí M, Perry N, Quiñones P, Silvestre C Di. VIH/SIDA: definición, significados y vivencias. *Revista Chilena de Salud Pública* [Internet]. 2018 Aug 24 [cited 2025 Apr 27];22(1):21–30. Available from: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/51017>
17. Cordero RB. Patogénesis del VIH/SIDA. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica* [Internet]. 2018 Apr 3 [cited 2025 Apr 27];7(5):28–46. Available from: www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr
18. Nuwagaba J, Li JA, Ngo B, Sutton RE. 30 years of HIV therapy: Current and future antiviral drug targets. *Virology* [Internet]. 2025 Feb 1 [cited 2025 Apr 28];603:110362. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0042682224003866>
19. Thomas Ginat D, Whitney Schaefer P. Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART). *Neuroimaging Pharmacopoeia, Second Edition* [Internet]. 2023 Jul 3 [cited 2025 Apr 28];229–38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554533/>
20. Bae JW, Guyer W, Grimm K, Altice FL. Medication persistence in the treatment of HIV infection: A review of the literature and implications for future clinical care and research. Vol. 25, *AIDS*. 2011. p. 279–90.
21. Polo Hernando Knobel Ramón Morillo Piedad Arazo Jordi Blanch R, Superior Externo Plan Nacional sobre el SIDA Tragsatec Rosa Badía Marta Cobos T. COMITÉ DE REDACCIÓN REDACTORES Y REVISORES.
22. Del Moral Trinidad LE, González Hernández LA, Andrade Villanueva JF, Martínez-Ayala P, Valle Rodríguez A, Ruíz Herrera VV, et al. Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) for People Living With HIV in a National Hospital

- in Mexico: Instrument Validation Study. *Interact J Med Res* [Internet]. 2025 Jan 7;14:e59562. Available from: <https://www.i-jmr.org/2025/1/e59562>
23. Semvua SK, Orrell C, Mmbaga BT, Semvua HH, Bartlett JA, Boule AA. Predictors of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV infected patients in northern Tanzania. *PLoS One* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2025 Apr 28];12(12):e0189460. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5734684/>
 24. López A, Rafful C, Orozco R, Contreras-Valdez JA, Jiménez-Rivagorza L, Morales M. HIV Stigma Mechanisms Scale: Factor Structure, Reliability, and Validity in Mexican Adults. *AIDS Behav* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2025 Apr 28];27(4):1321. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9607813/>
 25. Deacon H. Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *J Community Appl Soc Psychol* [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2025 Apr 28];16(6):418–25. Available from: [/doi/pdf/10.1002/casp.900](https://doi.org/10.1002/casp.900)
 26. Muñoz Martínez R, Muñoz Martínez R. Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y Sida en Guayaquil, Ecuador. *Andamios* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2025 Apr 28];15(36):311–41. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632018000100311&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 27. Busza J, Dauya E, Bandason T, Mujuru H, Ferrand RA. “I don’t want financial support but verbal support.” How do caregivers manage children’s access to and retention in HIV care in urban Zimbabwe? *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2014 May 9 [cited 2025 Apr 28];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24815595/>
 28. ONUSIDA. LA URGENCIA DEL AHORA EL SIDA FRENTE A UNA ENCRUCIJADA RESUMEN EJECUTIVO [Internet]. 2024. Available from: <https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>
 29. Organización Panamericana de la Salud. Situación del VIH en las Américas. [cited 2025 Jun 9]. Situación del VIH en las Américas. Available from: <https://www.paho.org/es/situacion-vih-americas>
 30. Secretaria de Salud. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE VIH INFORME HISTÓRICO DE VIH 4TO TRIMESTRE 2024. 2024 [cited 2025 Jun 9]; Available from: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-vih>
 31. CENSIDA. Boletín de atención integral de las personas que viven con VIH [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 9]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/987052/BOLET_N_VIH_MAR2025.pdf
 32. Pablo J, Quezada1 A. Situación del VIH/SIDA en México [Internet]. México; 2024 [cited 2025 Jun 9]. Available from:

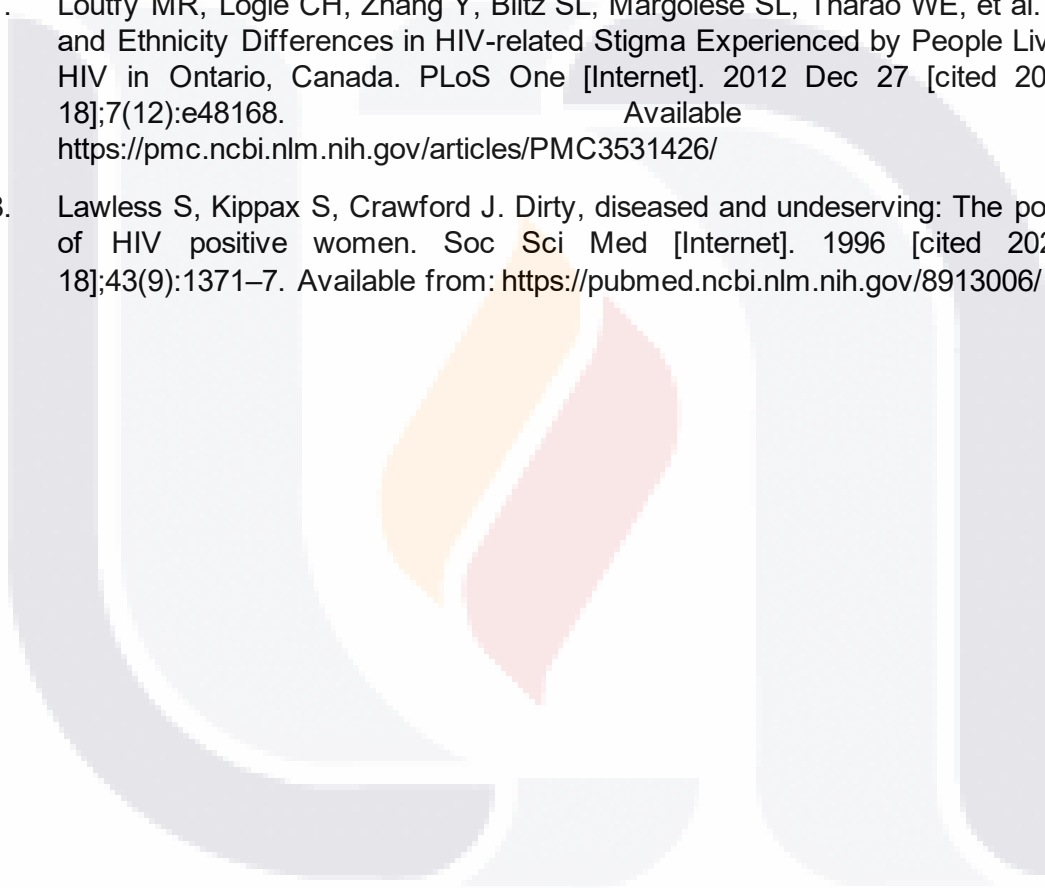
http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/6206/ML_244%20VIH%20SIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

33. Stangl AL, Pliakas T, Izazola-Licea JA, Ayala G, Beattie TS, Ferguson L, et al. Removing the societal and legal impediments to the HIV response: An evidence-based framework for 2025 and beyond. PLoS One [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 May 16];17(2):e0264249. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8863250/>
34. UNAIDS. Situación del VIH en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://www.paho.org/es/situacion-vih-americas>
35. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud en Tabasco. 2005;11:1. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
36. CDC. Adolescent and School Health; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). 2024 [cited 2025 May 31]. Terminología | Salud del adolescente y la escuela | CDC. Available from: <https://www.cdc.gov/healthy-youth/lgbtq-youth/terminology.html>
37. Anna Kari. World Health Organization. [cited 2025 May 31]. Gender and health. Available from: https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1
38. Secretaria de Salud. Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. 2016 [cited 2025 Jun 9]; Available from: <https://sindis.conapred.org.mx/investigaciones/glosario-de-la-diversidad-sexual-de-genero-y-caracteristicas-sexuales/>
39. American Psychological Association. Understanding sexual orientation and homosexuality [Internet]. 2008 [cited 2025 May 31]. Available from: <https://www.apa.org/topics/lgbtq/orientation>
40. Naciones Unidas Derechos Humanos. ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. [cited 2025 May 31]; Available from: www.acnudh.org
41. INEGI. Glosario [Internet]. 2025 [cited 2025 May 31]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>
42. Bases organizativas del sistema educativo mexicano: Educación básica, media superior y superior [Internet]. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.calameo.com/read/00693176635fb763abda3>
43. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión última reforma. Código civil Federal [Internet]. 2024 [cited 2025 May 31]. Available from: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CCF.pdf>
44. Síntesis metodológica y conceptual. 2021 [cited 2025 Jun 2]; Available from: www.inegi.org.mx

45. ¿Conoce las diferencias entre Uso, Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas! | Instituto Mexicano de la Juventud | Gobierno | gob.mx [Internet]. [cited 2025 May 31]. Available from: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/conoce-las-diferencias-entre-uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias-psicoactivas>
46. Li R, Duffee D, Gbadamosi-Akindele MF. CD4 Count. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures [Internet]. 2023 May 1 [cited 2025 May 31];4164–4164. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470231/>
47. World Health Organization. THE ROLE OF HIV VIRAL SUPPRESSION IN IMPROVING INDIVIDUAL HEALTH AND REDUCING TRANSMISSION POLICY BRIEF. 2023 [cited 2025 Jun 1];5. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/978924005179-eng.pdf>
48. Duración del Tratamiento: Criterios y Evaluación [Internet]. [cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://www.studysmarter.es/resumenes/medicina/terapeutica/duracion-del-tratamiento/>
49. Acerca del VIH | VIH | CDC [Internet]. [cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/es/about/acerca-del-vih.html>
50. Hernández R, Rocío F, Verdugo I, Juan M, Torres Sánchez A. Los derechos humanos: el caso de las comorbilidades asociadas al VIH y sida. Comisión Nacional de los Derechos Humanos [Internet]. 2016 [cited 2025 Jun 1];15–29. Available from: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll_VIHSidaDHComorbilidadesAsociadas.pdf
51. Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, Amico KR, Copenhaver MM. HIV Stigma Mechanisms and Well-Being among PLWH: A Test of the HIV Stigma Framework. AIDS Behav [Internet]. 2013 Jun [cited 2025 Aug 24];17(5):1785. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3664141/>
52. López A, Rafful C, Orozco R, Contreras-Valdez JA, Jiménez-Rivagorza L, Morales M. HIV Stigma Mechanisms Scale: Factor Structure, Reliability, and Validity in Mexican Adults. AIDS Behav [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2025 Aug 28];27(4):1321. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9607813/>
53. Del Moral Trinidad LE, González Hernández LA, Andrade Villanueva JF, Martínez-Ayala P, Valle Rodríguez A, Ruíz Herrera VV, et al. Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) for People Living With HIV in a National Hospital in Mexico: Instrument Validation Study. Interact J Med Res [Internet]. 2025 Jan 7;14:e59562. Available from: <https://www.i-jmr.org/2025/1/e59562>
54. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: The GEEMA study. AIDS [Internet]. 2002 Mar 8 [cited 2025 May 19];16(4):605–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11873004/>



55. View of Adaptation and validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in a semi-rural population of Mexican Adolescents [Internet]. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad-2022-1-04/354>
56. Organización Mundial de la Salud OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas. [cited 2025 Jun 9]; Available from: www.paho.org
57. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
58. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD. Diario Oficial de la Federación [Internet]. 14AD Apr 2 [cited 2025 May 25]; Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
59. Informe belmont [Internet]. [cited 2025 Jun 1]. Available from: https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe_belmont.html
60. Jiménez-Rivagorza L, Orozco R, Medina-Mora ME, Rafful C. HIV-Related Stigma and Treatment Adherence Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men Who Use Crystal Meth in the Metropolitan Area of Mexico City. Arch Sex Behav [Internet]. 2024 Apr 26;53(4):1561–74. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s10508-024-02816-6>
61. Peltzer K, Friend-Du Preez N, Ramlagan S, Anderson J. Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. BMC Public Health [Internet]. 2010 Mar 5 [cited 2025 Aug 24];10(1):1–10. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-111>
62. Sumari-De Boer IM, Sprangers MAG, Prins JM, Nieuwkerk PT. HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. AIDS Behav [Internet]. 2012 Aug [cited 2025 Aug 24];16(6):1681–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22198315/>
63. Fazeli PL, Turan JM, Budhwani H, Smith W, Raper JL, Mugavero MJ, et al. Moment-to-moment within-person associations between acts of discrimination and internalized stigma in people living with HIV: An experience sampling study. Stigma Health [Internet]. 2016 Aug [cited 2025 Sep 18];2(3):216. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5614514/>
64. Mugo C, Kohler P, Kumar M, Badia J, Kibugi J, Wamalwa DC, et al. Effect of HIV stigma on depressive symptoms, treatment adherence, and viral suppression among youth with HIV. AIDS [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2025 Sep 18];37(5):813. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10023427/>

65. Blake Helms C, Turan JM, Atkins G, Kempf MC, Clay OJ, Raper JL, et al. Interpersonal Mechanisms Contributing to the Association between HIV-Related Internalized Stigma and Medication Adherence. *AIDS Behav* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2025 Sep 18];21(1):238. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4980279/>
66. Levi-Minzi MA, Surratt HL. HIV Stigma Among Substance Abusing People Living with HIV/AIDS: Implications for HIV Treatment. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2014 Aug 1 [cited 2025 Sep 18];28(8):442. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4117265/>
67. Loutfy MR, Logie CH, Zhang Y, Blitz SL, Margolese SL, Tharao WE, et al. Gender and Ethnicity Differences in HIV-related Stigma Experienced by People Living with HIV in Ontario, Canada. *PLoS One* [Internet]. 2012 Dec 27 [cited 2025 Sep 18];7(12):e48168. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3531426/>
68. Lawless S, Kippax S, Crawford J. Dirty, diseased and undeserving: The positioning of HIV positive women. *Soc Sci Med* [Internet]. 1996 [cited 2025 Sep 18];43(9):1371–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8913006/>



14. ANEXOS

A. Carta de consentimiento informado

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL <small>SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</small>
 Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos) UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Aguascalientes, Ags. a _____ de 2025 Lugar y fecha
No. de registro institucional _____
<p>Título del protocolo: Asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes</p>
<p>Justificación y objetivo de la investigación: El tratamiento del VIH/SIDA (terapia antirretroviral, TAR), representa un logro en cuanto a la cobertura que existe actualmente, sin embargo, el éxito del tratamiento que se ve reflejado en la supresión viral, la disminución de la transmisión del virus, menor resistencia farmacológica, etc., es un reto que aún se enfrenta, los factores que limitan los resultados favorables del tratamiento son múltiples y dentro de ellos se encuentra el estigma, el cuál es un factor psicosocial que propicia una gama de respuestas psicológicas dentro de ellas una percepción social devaluada. Se ha encontrado en la bibliografía la necesidad de indagar en el efecto que el estigma tiene en la adherencia al tratamiento. Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es evaluar la Asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes.</p>
<p>Procedimientos y duración de la investigación: Los investigadores invitan a participar en el estudio a los pacientes que acuden a consulta de control y seguimiento con diagnóstico de VIH/SIDA que cumplan los criterios de inclusión, dando a conocer previamente el alcance del estudio, a continuación se procederá a firmar la carta de consentimiento informado, se entregarán impresos los instrumentos del estudio para evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral, la escala de mecanismos de estigma relacionados al VIH y un cuestionario de características sociodemográficas y clínicas del paciente. Se explicará de manera individual la forma de contestar los instrumentos. Se dará un espacio privado y tiempo para contestar los instrumentos, así como atención de dudas. Tiempo estimado de estudio de investigación es de 6 meses.</p>

Clave 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Riesgos y molestias:

En esta investigación, los riesgos o molestias para su salud son mínimos ya que no se realizarán procedimientos invasivos, se aplicarán pruebas psicológicas a individuos en los que no se manipulara la conducta del sujeto. Es necesario que se respondan todas las preguntas para que puedan ser utilizadas en el estudio, sin embargo, si usted prefiere no responder algunas preguntas puede hacerlo. En caso de crisis emocional, síntomas de ansiedad y/o depresión durante la aplicación de los instrumentos de investigación, se derivará al servicio de psicología y trabajo social quienes realizarán intervenciones dirigidas a la contención de la situación emocional, en caso de situación de salud de emergencia se procederá a acompañar al servicio de urgencias.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

Participar en este estudio no proporcionará beneficios económicos, sin embargo, se podrá obtener información y se generará conocimiento sobre la asociación que existe entre el estigma relacionado con el VIH y la adherencia al tratamiento antirretroviral, de esta forma se planteará un área de oportunidad para reestructurar o crear plan de acciones encaminadas a asegurar la adherencia terapéutica y limitar las barreras sociales existentes. En caso de encontrar resultados fuera de lo esperado, se comunicará con el Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud (CCEIS) vía correo electrónico la situación encontrada.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Esta información se dará a conocer de manera confidencial y personal a cada participante que lo solicite.

Participación o retiro:

Su participación en el presente estudio es voluntaria, usted es libre de decidir si participa o no, sin que ello afecte la atención que reciba en el Instituto. Tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento.

Privacidad y confidencialidad:

Sus datos serán almacenados y protegidos en la coordinación médica del hospital donde se realizará el estudio durante 10 años, de tal manera que solo puedan ser identificados y utilizados por los investigadores.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez, Médico Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 1, IMSS, OOAD Aguascalientes. Domicilio: Boulevard José María Chávez No. 1202 Colonia Linda Vista, C.P. 20270, Aguascalientes, Aguascalientes. Matricula: 99013010
Teléfono: 4499112134, correo electrónico: otara_lizeth@hotmail.com

Clave 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 3304, Piso Bloque B, de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D. F. CP 06720. Correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 10 años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez
99013010

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.

Clave 2810-009-013

B. Carta de no inconveniente



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Aguascalientes, Aguascalientes a 30 de Mayo de 2025

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro
Presidente CLIES 101
OOAD Estatal en Aguascalientes
PRESENTE

Asunto: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCONVENIENTE** para que la Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez, Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 1, IMSS, del Hospital General de Zona No. 1, OOAD Aguascalientes, realice el proyecto con el nombre: Asociación entre los mecanismos de estigma en pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral en población adscrita a la Clínica de VIH del Hospital General de Zona # 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes, el cual es el protocolo de tesis de la medica residente Karina Ortiz Serna, quien se encuentra adscrita al Hospital General de Zona No. 1, Aguascalientes.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda, le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente
Dr. Yamid Brajin Sánchez Rodríguez
DIRECTOR HGZ No. 2
Méd. 99204675
Céd. Prof. 9820753

Dr. Yamid Brajin Sánchez Rodríguez
Director HGZ No. 2

C. Instrumentos de recolección de datos

Folio: _____

Antes de comenzar a contestar los instrumentos del estudio, nos gustaría que contestara algunas preguntas generales sobre usted. Haga un círculo en la respuesta que elige a continuación:

Factores sociodemográficos

- **Sexo:**
 - (1) Hombre
 - (2) Mujer
- **Identidad de género:**
 - 1. Mujer cisgénero
 - 2. Mujer trans
 - 3. Hombre cisgénero
 - 4. Hombre trans
 - 5. Queer
 - 6. Otro: _____
 - 7. Prefiero no responder
- **Orientación sexual:**
 - 1. Heterosexual
 - 2. Homosexual
 - 3. Bisexual
 - 4. Prefiero no responder
- **Edad**

Años: _____
- **Ocupación**
 - 1. Funcionarios, directores y jefes
 - 2. Profesionistas y técnicos
 - 3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas
 - 4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas
 - 5. Trabajadores en servicios personales y de vigilancia
 - 6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca
 - 7. Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios
 - 8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes conductores de transporte
 - 9. Trabajadores en actividades elementales y de apoyo
 - 10. Otro

• Nivel educativo

- 1.Inicial
- 2.Preescolar
- 3.Primaria
- 4.Secundaria
- 5.Bachillerato
- 6.Profesional técnico universitario
- 7.Licenciatura
- 8.Maestría
- 9.Doctorado

• Estado civil

- 1.Soltero/a
- 2.Casado/a
- 3.Divorciado/a
- 4.Separado/a en proceso judicial
- 5.Viudo/a
- 6.Concubinato

• Lugar de residencia:

- 1.Rancho o Finca
- 2.Caserío
- 3.Poblado tradicional
- 4.Desarrollo habitacional de vivienda industrializada
- 5.Barrio, colonia o fraccionamiento de vivienda autoproducida
- 6.Albergue o campamento de trabajadores
- 7.Establecimientos comerciales y de servicios
- 8.Zona, parque o establecimientos industriales y manufactureros
- 9.Otro tipo de localidad

• Religión:

- 1.Católico
- 2.Católico ortodoxo
- 3.Protestante/cristiano evangélico
- 4.Judaico
- 5.Islámico
- 6.Origen oriental
- 7.New Age y Escuelas esotéricas
- 8.Raíces étnicas
- 9.Espiritualistas
- 10.Cultos populares
- 11.Otros Movimientos religiosos
- 12.Sin religión/Sin adscripción religiosa

VARIABLES CLÍNICAS

• Uso y abuso de sustancias psicoactivas

- 1.Riesgo bajo
- 2.Riesgo medio

- 3. Riesgo alto
- **Recuento de células CD4** (la información será registrada a partir del expediente clínico)
 1. >500 CD4/mm³
 2. 200-499 CD4/mm³
 3. <200 CD4/mm³
- **Carga viral** (la información será registrada a partir del expediente clínico)
 1. Indetectable
 2. Carga viral suprimida (detectable, pero ≤ 1000 copias/mL)
 3. Carga viral no suprimida (>1000 copias/mL)
- **Duración del tratamiento antirretroviral**
Meses: _____
- **Diagnóstico de SIDA**
 1. Si
 2. No
- **Comorbilidades:**
 1. Diabetes
 2. Tuberculosis
 3. Hepatitis B
 4. Hepatitis C
 5. Enfermedad Renal
 6. Osteoporosis
- **Adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR)** (Este apartado, será respondido por el investigador)
 - (1) No adherente
 - (2) Adherente
- **Mecanismo de estigma relacionado al VIH** (Este apartado, será respondido por el investigador)

Estigma promulgado:

Estigma internalizado:

Estigma anticipado:

D. Cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)

Figura 2. Cuestionario SMAQ (Adherencia al tratamiento)

Por favor, conteste las siguientes preguntas

1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No
2. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No
3. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No

4. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10
5. En los últimos 3 meses ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	Días:

E. Escala de Mecanismos de Estigma relacionados con el VIH

Instrucciones: A continuación, se te presentarán afirmaciones relacionadas con VIH y con algunas maneras en las que posiblemente te han tratado o podrían tratarte en el futuro. Para ello, las afirmaciones se dividirán en 3 secciones:

1. Cómo te han tratado debido a tu estatus de VIH.
2. Cómo te sientes por tu estatus de VIH.
3. Cómo podría tratarte la gente en el futuro debido a tu estatus de VIH. No inviertas mucho tiempo en tu respuesta, tu primera impresión es la mejor y recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas

Figura 3. Subescala estigma promulgado relacionado al VIH

1. ¿Con qué frecuencia las personas te han tratado de estas maneras debido a tu estatus de VIH?

	No saben que tengo VIH	No aplica	Nunca	Pocas veces	De vez en cuando	Seguido	Muy seguido	Prefiero no decirlo
Mi familia me ha evitado.								
Mi familia me ha despreciado.								
Mi familia me ha tratado diferente.								
El personal de salud no ha escuchado mis preocupaciones.								
El personal de salud ha evitado tocarme.								
El personal de salud me ha tratado con menos respeto.								

Figura 4. Subescala estigma internalizado relacionado al VIH

2. ¿Cómo te sientes en relación a tu estatus de VIH?

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Prefiero no decirlo
Tener VIH me hace sentir como si fuera una mala persona.						
Siento que no soy tan buena persona como las demás porque tengo VIH.						
Me avergüenzo por tener VIH.						
Me siento menos por tener VIH.						
Tener VIH me hace sentir una persona sucia.						
Me desagrada tener VIH.						

Figura 5. Subescala estigma anticipado relacionado al VIH

3. De conocer tu estatus de VIH, ¿qué tan probable es que la gente te vaya a tratar de las siguientes maneras?

	Muy improbable	Improbable	Ni improbable ni probable	Probable	Muy probable	Prefiero no decirlo
Mi familia me evitará.						
Mi familia me despreciará.						
Mi familia me tratará de manera diferente.						
El personal de salud no escuchará mis preocupaciones.						
El personal de salud evitará tocarme.						
El personal de salud me tratará con menos respeto.						

F. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Introducción (léasela al usuario o adáptela a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas). Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas que han sido recetadas por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo. Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Figura 6. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 1)

PREGUNTA 1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Si
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Si
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	No	Si
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Si
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Si
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Si
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Si
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Si
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Si
j Otras, especifique: _____	No	Si

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

Figura 7. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 2)

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?					
	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

Figura 8. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 3)

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

Figura 9. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 4)

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

Figura 10. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco, sustancias (pregunta 5)

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Daradamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

Figura 11. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 6)

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

Figura 12. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 7)

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j) Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

Figura 13. Prueba detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (pregunta 8)

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

Figura 14. Manual operacional

G. Manual operacional

Folio: _____

1

Sexo:

(1) Hombre

2

(2) Mujer

Identidad de género:

1. Mujer cisgénero

3

2. Mujer trans

3. Hombre cisgénero

4. Hombre trans

5. Queer

6. Otro: _____

7. Prefiero no responder

Orientación sexual:

1. Heterosexual

4

2. Homosexual

3. Bisexual

4. Prefiero no responder

Edad (años): _____

5

Ocupación

6

1. Funcionarios, directores y jefes
2. Profesionistas y técnicos
3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas
4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas
5. Trabajadores en servicios personales y de vigilancia
6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca
7. Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios
8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes conductores de transporte
9. Trabajadores en actividades elementales y de apoyo
10. Otro

Nivel educativo

1. Inicial
2. Preescolar
3. Primaria
4. Secundaria
5. Bachillerato
6. Profesional universitario
7. Licenciatura
8. Maestría
9. Doctorado

7

Estado civil

8

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Divorciado/a
4. Separado/a en proceso judicial
5. Viudo/a
6. Concubinato

técnico

Lugar de residencia:

1. Rancho o Finca
2. Caserío
3. Poblado tradicional
4. Desarrollo habitacional de vivienda industrializada
5. Barrio, colonia o fraccionamiento de vivienda autoproducida
6. Albergue o campamento de trabajadores
7. Establecimientos comerciales y de servicios
8. Zona, parque o establecimientos industriales y manufactureros
9. Otro tipo de localidad

9

Religión:

1. Católico
2. Católico ortodoxo
3. Protestante/cristiano evangélico
4. Judaico
5. Islámico
6. Origen oriental
7. New Age y Escuelas esotéricas
8. Raíces étnicas
9. Espiritualistas
10. Cultos populares
11. Otros Movimientos religiosos
12. Sin religión/Sin adscripción religiosa

10

Uso y abuso de sustancias psicoactivas

- 1.Riesgo bajo
- 2.Riesgo medio
- 3.Riesgo alto

11

Recuento de células CD4

- 1. >500 CD4/mm³
- 2.200-499 CD4/mm³
- 3.<200 CD4/mm³

12

Carga viral:

- 1.Indetectable
- 2.Carga viral suprimida (detectable, pero ≤ 1000 copias/mL)
- 3.Carga viral no suprimida (>1000 copias/mL)

13

Duración del tratamiento antirretroviral:

Meses: _____

14

Diagnóstico de SIDA:

- 1.Si
- 2.No

15

Comorbilidades:

- 1.Diabetes
- 2.Tuberculosis
- 3.Hepatitis B
- 4.Hepatitis C
- 5.Enfermedad Renal
- 6.Osteoporosis

16

Adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR):

- 1.No adherente
- 2.Adherente

17

Mecanismo de estigma relacionado al VIH:

Estigma promulgado: 1. Bajo, 2. Medio, 3.Alto
 Estigma internalizado: 4.Bajo, 5.Medio, 6.Alto
 Estigma anticipado: 7.Bajo, 8.Medio, 9. Alto

18

No.	Dato	Anotar
1	Folio	Número identificador del protocolo y paciente.
2	Sexo	Se obtiene de la hoja de recolección de datos y se corrobora con el expediente clínico. Se marca con 1 si es hombre y 2 si es mujer.
3	Identidad de género	Se obtiene de la hoja de recolección de datos. Se elige de acuerdo a las siguientes opciones de respuesta: 1. Mujer cisgénero, 2. Mujer trans, 3.Hombre cisgénero, 4.Hombre trans, 5.Queer, 6.Otro: __ 7.Prefiero no responder
4	Orientación sexual	Se obtiene de la hoja de recolección de datos del paciente, se anota de acuerdo a la elección de los siguientes ítems: 1. Heterosexual, 2. Homosexual, 3. Bisexual, 4. Prefiero no responder
5	Edad	Edad cumplida en años, se anota a partir del registro del participante en la hoja de recolección de datos: _____

- | | | |
|----|--|---|
| 6 | Ocupación | <p>Se obtienen de los datos recopilados en la hoja de recolección de datos, a partir de la selección del participante, se anota el número que corresponde a la respuesta: 1. Funcionarios, directores y jefes
 2. Profesionistas y técnicos, 3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas, 4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas, 5. Trabajadores en servicios personales y de vigilancia
 6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, 7. Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios
 8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes conductores de transporte, 9. Trabajadores en actividades elementales y de apoyo, 10. Otro</p> |
| 7 | Nivel educativo | <p>Se refiere al nivel educativo cursado y concluido, se obtiene de la elección que realizó el participante en la hoja de recolección de datos y se anota de acuerdo a: 1. Inicial, 2. Preescolar, 3. Primaria, 4. Secundaria
 5. Bachillerato, 6. Profesional técnico universitario, 7. Licenciatura, 8. Maestría, 9. Doctorado</p> |
| 8 | Estado civil | <p>Se refiere a la situación física de la persona en función de sus relaciones interpersonales, se anota de acuerdo al registro de la hoja de recolección de datos. 1. Soltero/a, 2. Casado/a, 3. Divorciado/a, 4. Separado/a en proceso judicial, 5. Viudo/a, 6. Concubinato</p> |
| 9 | Lugar de residencia | <p>Se registrará el número que corresponde a la respuesta elegida por el participante en la hoja de recolección de datos, de acuerdo a las siguientes opciones: 1. Rancho o Finca, 2. Caserío, 3. Poblado tradicional, 4. Desarrollo habitacional de vivienda industrializada, 5. Barrio, colonia o fraccionamiento de vivienda autoproducida, 6. Albergue o campamento de trabajadores, 7. Establecimientos comerciales y de servicios, 8. Zona, parque o establecimientos industriales y manufactureros, 9. Otro tipo de localidad</p> |
| 10 | Religión | <p>Se registrará el número que corresponde a la respuesta elegida por el participante en la hoja de recolección de datos, de acuerdo a las siguientes opciones: 1. Católico, 2. Católico ortodoxo, 3. Protestante/cristiano evangélico, 4. Judaico, 5. Islámico, 6. Origen oriental, 7. New Age y Escuelas esotéricas, 8. Raíces étnicas, 9. Espiritualistas, 10. Cultos populares, 11. Otros Movimientos religiosos, 12. Sin religión/Sin adscripción religiosa</p> |
| 11 | Uso y abuso de sustancias psicoactivas | <p>Se refiere al riesgo que presenta el paciente de presentar daños a la salud por el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, se anota el riesgo obtenido a partir de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias: 1. Riesgo bajo, 2. Riesgo medio, 3. Riesgo alto.</p> |

- 12 Recuento de células CD4 Es el último registro del recuento de Células CD4 en plasma, se obtiene a partir del expediente clínico. Se anota la numerología de acuerdo al recuento celular, con los siguientes criterios: 1. >500 CD4/mm³ , 2. 200-499 CD4/mm³. 3. <200 CD4/mm³
- 13 Carga viral Se refiere al número de copias del virus que se detectan en plasma, ésta información se obtiene de los últimos laboratorios registrados en el expediente clínico y se anota de acuerdo a los siguientes criterios: 1. Indetectable, 2. Carga viral suprimida (detectable, pero ≤ 1000 copias/mL), 3. Carga viral no suprimida (>1000 copias/mL)
- 14 Duración del tratamiento antirretroviral Se refiere al tiempo (en meses) desde que inicio con el tratamiento antiviral, hasta la fecha en que respondió la hoja de recolección de datos: ___
- 15 Diagnóstico de SIDA Se refiere a la última etapa de evolución del VIH, SIDA, la cual se obtiene de la respuesta de la hoja de recolección de datos y se corrobora con el expediente clínico, se anota de acuerdo a: 1. Si, 2. No
- 16 Comorbilidades Son las enfermedades diagnosticadas además del VIH/SIDA, se obtienen del registro en la hoja de recolección de datos, la respuesta puede ser múltiple de acuerdo a cada paciente y a la siguiente codificación: 1. Diabetes, 2. Tuberculosis, 3. Hepatitis B, 4. Hepatitis C, 5. Enfermedad Renal, 6. Osteoporosis
- 17 Adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): Se refiere a la clasificación de los pacientes como adherentes y no adherentes al tratamiento antirretroviral a partir de los resultados del Cuestionario SMAQ (Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación), se registrará de acuerdo a la opción correspondiente: 1. Adherente, 2. No adherente
- 18 Mecanismo de estigma relacionado al VIH: Se refiere al puntaje total de cada subescala de estigma, se anotará el puntaje final:
 1. Estigma promulgado: _____
 2. Estigma internalizado: _____
 3. Estigma anticipado: _____